VOLUME 8, NÚMERO 4, OUT/DEZ DE 2004

4

# REME

## Revista Mineira de Enfermagem

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

ISSN 1415-2762

ISSN 1415-2762

# REME

Revista Mineira
de Enfermagem

Nursing Journal
of Minas Gerais

Revista de Enfermería
de Minas Gerais

VOLUME 08, NÚMERO 4, OUT/DEZ DE 2004

**REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM**

**Uma Publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em Parceria com:**
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz
Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas
Faculdades Federais Integradas de Diamantina
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação de Ensino Superior de Passos
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí
Universidade Estadual de Montes Claros
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais
Fundação Educacional de Divinópolis

**Editor Geral**
Francisco Carlos Félix Lana

**Diretora Executiva**
Aidê Ferreira Ferraz

**Editores Associados**
Edna Maria Resende
Jorge Gustavo Velásquez Melendez
Tânia Couto Machado Chianca

**Conselho Editorial**
André Petitat (Université de Lausanne-Suíça), Andréa Gazzinelli C. Oliveira (UFMG), Anézia Moreira Faria Madeira (UFMG), Cristina Arreguy de Sena (UFJF), Cristina Maria Loyola Miranda (UFRJ), Daclê Vilma Carvalho (UFMG), Emilia Campos de Carvalho (USP-RP), Emiko Yoshikawa Egry (USP), Estelina Souto do Nascimento (PUC-MG), Flávia Regina Souza Ramos (UFSC), Goolan Hussein Rassool (Londres), Lélia Maria Madeira(UFMG), Lídia Aparecida Rossi (USP-RP), Maguida Costa Stefanelli (USP-SP), Marga Simon Coller (Connecticut-USA), Maria Consuelo Castrillón Agudelo (Universidad de Antioquia, Medelin, Colômbia), Maria Édila Abreu Freitas (UFMG), Maria Helena Larcher Caliri (USP-RP), Maria Itayra Coelho de Souza Padilha (UFSC), Marília Alves (UFMG), Maria Miriam Lima da Nóbrega (UFPB), Maria Imaculada de Fátima Freitas (UFMG), Marta Lenise do Prado (UFSC), Matilde Meire M. Cadete (UFMG), Silvana Martins Mishima (USP-RP), Sônia Maria Soares (UFMG), Sueli Maria dos Reis Santos (UFJF), Raquel Rapone Gaidzinski (USP-SP), Rosângela Maria Greco (UFJF), Roseni Rosângela de Sena (UFMG), Silvia Lúcia Ferreira (UFBA)

**Conselho Deliberativo**
Francisco Carlos Félix Lana- Presidente (Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais), Lucila Junqueira Carneiro (Escola de Enfermagem Wenceslau Braz), Maria Betânia Tinti de Andrade (Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas), Maria Aparecida Vieira (Universidade Estadual de Montes Claros), Marli Salvador (Universidade Federal de Juiz de Fora), Rosa Maria Nascimento Moreira (Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí), Flávia Lúcia Guimarães Heyden (Universidade Estadual de Montes Claros), Sueli Riul da Silva (Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro), Evânia Nascimento (Fundação de Ensino Superior de Passos), Sônia Maria Neves (Centro Universitário do Leste de Minas Gerais), Raquel Silva Assunção (Fundação Educacional de Divinópolis), Taciana Cavalcante de Oliveira (Faculdades Federais Integradas de Diamantina).

**Normalização Bibliográfica**
Maria Piedade Fernandes Ribeiro CRB/6-601

**Revisão de texto:**
Marisa Andrade Carneiro Decker (Português), Mónica Ybarra / Ybarra Traduções (Espanhol), Charles Bacon / Tradusom (Inglês)

**Secretaria Geral**
Pablo Oliveira Pimenta - Bolsista da Fundação Universitária Mendes Pimentel (FUMP/UFMG)
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
Revista Mineira de Enfermagem - Av. Alfredo Balena, 190 - sala 421 - Belo Horizonte - MG - Brasil CEP: 30130-100
Tel.: (31) 3248 9876 Fax.: (31) 3248 9830
E-mail: *reme@enfermagem.ufmg.br*
Atendimento Externo: 14:00 às 18:00 h

**Projeto Gráfico, Produção e Editoração Eletrônica**
Brígida Campbell / Iara Veloso / Samuel Rosa Tou (DDC / UFMG)

**Assinatura**
Secretaria Geral - Tel.:(31) 3248 9876 Fax.:(31) 3248 9830
E-mail: *reme@enfermagem.ufmg.br*

**Indexada em:**
- LILACS – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
- BDENF – Base de Dados em Enfermagem da SURENF – Sub-Rede Brasileira de Informação em Enfermagem/ BIREME-OPS.

Texto disponível em *www.bibliomed.com.br* - *www.enfermagem.ufmg.br* - *www.periodicos.capes.ufmg.br*

**ISSN: 1415-2762**
Revista filiada à ABEC – Associação Brasileira de Editores Científicos

**Periodicidade:** trimestral – **Tiragem:** 1.000 exemplares

REME – Revista Mineira de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. - v.1, n.1, jul./dez. 1997. Belo Horizonte: Coopmed, 1997.

Semestral, v.1, n.1, jul./dez. 1997/ v.7, n.2, jul./dez. 2003.
Trimestral, v.8, n.1, jan./mar. 2004 sob a responsabilidade Editorial da Escola de Enfermagem da UFMG.
ISSN 1415-2762

1. Enfermagem – Periódicos. 2. Ciências da Saúde – Periódicos. I. Universidade Federal de Minas Gerias. Escola de Enfermagem.

NLM: WY 100
CDU: 616-83

APOIO

UFMG

EEUFMG

COREN-MG

ABEn-MG

# Sumário

EDITORIAL ..... 427

**PESQUISAS**

**VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA: O OLHAR DAS CRIANÇAS** ..... 429
ANALYSIS OF PRENATAL REGISTRATION CARDS AS A SOURCE OF INFORMATION FOR CONTINUED CARE TO WOMEN DURING PREGNANCY AND DELIVERY
VIOLENCIA Y MALOS TRATOS EN LA INFANCIA: LA MIRADA DE LOS NIÑOS
Luciana Spinato De Biasil
Cláudia Maria de Mattos Penna

**EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NO DESENVOLVIMENTO DO MÉTODO CANGURU** ..... 436
WOMEN´S EXPERIENCE WITH THE KANGAROO METHOD
EXPERIECIAS DE MUJERES EN EL DESARROLLO DEL MÉTODO CANGURO
Elysângela Dittz Duarte
Roseni Rosângela de Sena

**A CONSULTA GINECOLÓGICA SOB A ÓTICA DE ADOLESCENTES: UMA ANÁLISE COMPREENSIVA** ..... 442
GYNECOLOGICAL CONSULTATION FROM THE POINT OF VIEW OF ADOLESCENTS: COMPREHENSIVE ANALYSIS
LA CONSULTA GINECOLÓGICA DESDE LA PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES: UN ANÁLISIS COMPRENSIVO
Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos
Anézia Moreira Faria Madeira

**ANÁLISE DOS REGISTROS NOS CARTÕES DE PRÉ-NATAL COMO FONTE DE INFORMAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA À MULHER NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL** ..... 449
ANALYSIS OF PRENATAL REGISTRATION CARDS AS A SOURCE OF INFORMATION FOR CONTINUED CARE TO WOMEN DURING PREGNANCY AND DELIVERY
ANÁLISIS DE REGISTROS EN LAS TARJETAS DE PRENATAL COMO FUENTE DE INFORMACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA A LA MUJER DEL EMBARAZO AL PUERPERIO
Geraldo Mota de Carvalho
Graziela di Folco
Lourdes Marci Reinert de Barros
Miriam Aparecida Barbosa Merighi

**O TRABALHO DO GERENTE NO COTIDIANO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE** ..... 455
THE DAILY WORK OF MANAGERS IN BASIC HEALTH UNITS
EL TRABAJO DEL GERENTE EN LO COTIDIANO DE LAS UNIDADES BÁSICAS DE SALUD
Cláudia Maria de Mattos Penna
Marília Alves·
Maria José Menezes Brito
Tatiana de Abreu
Cíntia Esteves Soares

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** ..... 464
FAMILY HEALTH NURSING FROM THE POINT OF VIEW OF CONSOLIDATING THE SINGLE HEALTH SYSTEM
EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN SALUD DE LA FAMILIA EN LA PERSPECTIVA DE CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD
Regina Lucia Herculano Faustino
Maria Julia Barbosa de Moraes
Maria Amélia de Campos Oliveira
Emiko Yoshikawa Egry

**FIXAÇÃO DE ENFERMEIROS NO VALE DO JEQUITINHONHA/MG CONSIDERANDO A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL** ····· 470
RETENTION OF NURSES IN THE JEQUITINHONHA VALLEY/STATE OF MINAS GERAIS, CONSIDERING JOB SATISFACTION
PERMANENCIA DE ENFERMEROS EN EL VALLE DEL JEQUITINHONHA/MG CONSIDERANDO SU SATISFACCIÓN PROFESIONAL
Márcia Aparecida Vieira de Almeida
Antônio Sousa Santos
Rosana Passos Cambraia Beinner

**A ENFERMEIRA CARLOS CHAGAS: ALUNAS DIPLOMADAS PELA ESCOLA DE ENFERMAGEM CARLOS CHAGAS NO PERÍODO DE 1933 A 1950** ····· 475
CARLOS CHAGAS NURSE: STUDENTS GRADUATING FROM THE CARLOS CHAGAS SCHOOL OF NURSING SCHOOL FROM 1933 TO 1950
LA ENFERMERA CARLOS CHAGAS: ALUMNAS DIPLOMADAS POR LA ESCUELA DE ENFERMERAS CARLOS CHAGAS ENTRE 1933 Y 1950
Geralda Fortina dos Santos
Flavio Cesar Rodrigues
Sílvia Madeira Lima

**RELATOS DE EXPERIÊNCIA**

**PROCESSO TEÓRICO-METODOLÓGICO UTILIZADO EM PESQUISA COM ADOLESCENTES: EXPERIENCIANDO O GRUPO-PESQUISADOR** ····· 483
THEORETICAL-METHODOLOGICAL PROCESS USED IN RESEARCH WITH ADOLESCENTS: EXPERIENCING THE RESEARCH GROUP
PROCESO TEÓRICO-METODOLÓGICO UTILIZADO EN INVESTIGACIÓN CON JÓVENES: LA EXPERIENCIA DEL GRUPO INVESTIGADOR
Leila memória Paiva Moraes
*Violante Augusta Batista Braga*

**ALOJAMENTO MATERNO: CONSTRUINDO UMA ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA** ····· 490
Mother-Child Joint Lodging: Building a Strategy of Humanization in Care
Alojamiento Materno: Construyendo una estrategia de asistencia humanizada
Erika Dittz
Lélia Maria Madeira
Elysângela Dittz Duarte

**AÇÃO EDUCATIVA SOBRE REMÉDIOS CASEIROS COM VISTAS AO PREPARO E UTILIZAÇÃO NO CUIDAR COTIDIANO DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM MULHERES RIBEIRINHAS** ····· 495
EDUCATIONAL ON HOMEMADE MEDICINE WITH A VIEW TO PREPARATION AND USE IN DAILY HEALTH CARE: EXPERIENCE WITH RIVERBANK WOMEN
ACCIÓN EDUCATIVA SOBRE REMEDIOS CASEROS CON MIRAS A SU PREPARACIÓN Y UTILIZACIÓN EN EL CUIDADO COTIDIANO DE SALUD: RELATO DE EXPERIENCIA CON MUJERES RIBEREÑAS
Amanda Martins Bastos
Elizabeth Teixeira
Shirley Aviz de Miranda

**ARTIGOS REFLEXIVOS**

**DIMENSÕES DO CUIDADO DA CRIANÇA COM DOR E DE SUA FAMÍLIA** ····· 501
Aspects of caring for children in pain and their families
Dimensiones del cuidado del niño con dolor y de su familia
Lisabelle Mariano Rossato

NORMAS DE PUBLICAÇÃO ····· 509

PUBLICATIONS NORMS ····· 511

NORMAS DE PUBLICIÓN ····· 513

ASSINATURA ····· 515

# DOUTORADO NA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais oferece o Curso de Mestrado, desde 1994, para profissionais da área de enfermagem. Durante esses dez anos, foram formados aproximadamente 150 mestres de instituições de ensino e serviço, que certamente contribuíram para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada à população e para o desenvolvimento da pesquisa científica na área da saúde. Nesse período, os docentes dessa Escola acumularam uma experiência importante na pós-graduação, além de um significativo aumento de sua produção técnico-científica. Foram buscadas parcerias na própria UFMG e outras em nível regional, nacional e mesmo internacional, o que tem ampliado o conhecimento e ajudado na consolidação dos grupos de pesquisa.

Atualmente, pode-se ver claramente que houve uma consolidação do Curso de Mestrado sustentada na ampliação do seu quadro docente, nas dissertações defendidas e no aumento da produção científica. Isto levou a diretoria da Escola, em 2004, a propor a expansão da pós-graduação, reformulando o Curso de Mestrado para que seja oferecido não só a profissionais enfermeiros, mas a todos da área da saúde e criando o Curso de Doutorado, com área de concentração em Saúde e Enfermagem. O Programa de Pós-Graduação será, a partir de agora, um espaço de formação de mestres e doutores, pesquisadores em Saúde e Enfermagem, com capacidade para desenvolver estudos na área da saúde e, especialmente, na enfermagem, como contribuição para a qualidade de saúde da população brasileira e incorporando a prevenção, a promoção, o tratamento e a reabilitação da saúde.

As linhas de pesquisas do Programa, que hoje conta com 14 professores doutores da Escola de Enfermagem e 2 professores de outras unidades da UFMG, estão cada vez mais consolidadas e ampliadas. São elas: (1) Prevenção e controle de agravos à saúde, (2) Planejamento, organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem, (3) Cuidar em saúde e em enfermagem e (4) Educação em saúde e enfermagem. Pode-se dizer que a política do Programa é manter a articulação entre o Curso de Mestrado e o de Doutorado em interface com os Cursos de Graduação em Enfermagem e Ciência da Nutrição, nos quais o conhecimento produzido possa ser aplicado, avaliado e validado em diferentes níveis de complexidade pelos alunos e docentes. Com isso, cria-se um espaço para o exercício permanente de diálogo propiciador de tomadas de decisão que estimulem a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade da produção científica, condizentes com a busca de novos paradigmas.

A Revista Mineira de Enfermagem parabeniza a Escola de Enfermagem da UFMG pela concretização da proposta de criação do seu Curso de Doutorado. É importante enfatizar que o processo de reestruturação da Revista, empreendido no ano de 2004, na perspectiva de constituição de um meio importante de difusão da produção do conhecimento científico da área da saúde e enfermagem, poderá ter efeito sinérgico para a consolidação do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG, bem como para o fortalecimento dos demais programas de pós-graduação do País.

Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Editor Geral

Profª Andréa Gazzinelli
Consultora

# VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA: O OLHAR DAS CRIANÇAS[1]

## VIOLENCIA Y MALOS TRATOS EN LA INFANCIA: LA MIRADA DE LOS NIÑOS

## VIOLENCE AND NEGLECT IN CHILDHOOD: THE CHILD'S POINT OF VIEW

Luciana Spinato De Biasil[2]
Cláudia Maria de Mattos Penna[3]

**RESUMO**
Estudo qualitativo com objetivo de compreender a violência doméstica na percepção das crianças que a sofreram. Entrevistaram-se crianças vítimas de abandono e maus-tratos realizando-se leituras sistematizadas dos relatos para determinar as unidades de significado. Revelou-se que a vida dessas crianças é cercada por tristeza e lembranças ruins, mas também por esperança, sonhos e alegria de viver, fundamentada nos "pequenos nadas" da vida diária. Nem sempre a retirada das crianças do ambiente familiar é o melhor caminho. As famílias devem ser cuidadas, como uma das formas de evitar o aumento da violência intra e extra-familiar, melhorando a qualidade de vida das crianças.
**Palavras Chave:** Violência Doméstica; Maus-Tratos Infantis; Criança

**ABSTRACT**

This is a qualitative study that aims to understand domestic violence from the point of view of the children who are the victims. Children who were the victims of violence and neglect were interviewed and their reports were analyzed to find units of meaning. We found that the life of these children is surrounded by sadness and bad memories, but also by hope, dreams and the joy of living, based on the "small nothings" of everyday life. Not always is the removal of the children from the family environment the best course. Families should be careful as one of the ways to avoid violence inside and outside the family, improving the quality of life of the children.
**Key Words:** Domestic Violence; Child Abuse; Child.

**RESUMEN**
Estudio cualitativo con el objetivo de comprender la violencia doméstica en la percepción de los niños que la vivieron. Se entrevistaron niños víctimas de abandono y malos tratos y después se realizaron lecturas sistematizadas de los relatos para determinar unidades de significado. Se reveló que la vida de estos niños está rodeada de tristeza y malos recuerdos, pero que también hay esperanza, sueños y alegría de vivir, fundamentada en las "pequeños nadas" de la vida cotidiana. No siempre retirar a los niños del ambiente familiar es el mejor camino. Hay que cuidar a la familia como una de las formas de evitar el aumento de violencia dentro y fuera del ambiente doméstico, mejorando la calidad de vida de los niños.
**Palabras clave:** Violencia doméstica; Malos tratos a los niños, niño

[1] Compilado da Dissertação: De Biasi LS. Violência e maus-tratos na infância: o olhar das crianças.[Dissertação].Concórdia (SC):Programa de Mestrado em Ciências da Saúde Humana/UnC;2003.

[2] Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde Humana. Docente da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI - Campus de Erechim. E-mail: *lucianadb@uri.com.br*

[3] Enfermeira, Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta I – Escola de Enfermagem - UFMG.
Endereço para correspondência: Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – MG. Tel: (31)32489869.
E-mail: *cmpenna@enf.ufmg.br.*

## O PERCURSO ATÉ AS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA...

Acreditamos que o ambiente em que se insere a criança, o contexto familiar, social e cultural, exerça grande influência sobre o seu desenvolvimento e, conseqüentemente, sobre suas atitudes atuais e futuras. A família desempenha um papel importante no desenvolvimento das possibilidades gerais da criança, já que está envolvida no processo de "vir-a-ser" do bebê. A ajuda dos pais, avós e do ambiente social imediato também é de fundamental importância para esse processo.[1]

É certo que a criança observa tudo o que acontece ao seu redor. Se, de um lado, vive num modelo de boas relações familiares, num ambiente saudável onde o respeito, amor, carinho e atenção são os norteadores do comportamento, poderá crescer segundo esses valores e, possivelmente, será mais difícil agredir seu filho na idade adulta; por outro lado, se desrespeito e agressões forem padrões de comportamento a influenciar seu desenvolvimento moral e emocional, a tendência é seguir tal modelo em suas relações familiares e sociais. Deste modo, como esperar de filhos de pais violentos, atitudes não agressivas, se estas não fazem parte de seu dia-a-dia?

Nenhuma pessoa em condições de saúde mental, aceita pela sociedade como "normal", mantém atitudes agressivas e violentas pelo simples prazer de praticá-las. É uma questão de causa e efeito, ou seja, a violência é uma resposta a outra violência exercida anteriormente. Atos violentos desencadeiam reações violentas, é um fenômeno cíclico, que não se esgota. Se, de um lado, existem os contraventores, que praticam atos de violência contra uma sociedade, de outro, esta mesma sociedade impede que tais transgressores consigam recuperar-se, fazendo com que, mesmo após terem sido penalizados por crimes cometidos, voltem a praticar atos violentos para garantir a sua sobrevivência.[2]

Vale ressaltar que a violência doméstica não acontece exclusivamente nas classes menos favorecidas, atingindo famílias de todas as camadas sociais, independentemente de situação socio-econômica, raça, religião ou nível intelectual. Contudo é nas menos favorecidas que ela se torna mais evidente. "As pessoas que recorrem à agressão física para resolver seus conflitos interpessoais geralmente têm baixa habilidade verbal (daí a maior incidência de agressão física na classe social baixa). Uma vez aprendendo a resolver verbalmente este tipo de conflito, o comportamento de agressão física decresce"[3:205].

Sabe-se também que muitos dos agressores que praticam atos violentos contra a família, em especial contra a criança, presenciaram ou até foram vítimas de violência e maus-tratos durante a infância ou adolescência, portanto foram estas as maneiras aprendidas para a resolução dos problemas.

Mesmo sendo a violência contra a criança uma prática bastante antiga, ainda são poucos os trabalhos desenvolvidos com os agressores, como, por exemplo, a prática de atendimentos psicológicos, a fim de que haja uma mudança de comportamento, que refletiria em prol do menor. O que acontece, normalmente, quando ocorrem denúncias de maus-tratos, é o afastamento temporário ou permanente da criança, que fica em uma casa-abrigo. Quando não é colocada para adoção, retorna ao convívio familiar. Lá, volta a ser maltratada, pois o fator desencadeante dos maus-tratos continua na família e, o que é pior, permanece sem perceber o mal que está causando para todos que ali convivem, principalmente para os filhos.

Diante desse contexto, como profissionais da saúde e da educação, pensamos que é importante, além do conhecimento das etapas do desenvolvimento infantil, entender os sentimentos e as atitudes de crianças vítimas de maus-tratos. Acreditamos que, ao dar voz a essas crianças, além de cuidarmos e interagirmos melhor com elas, nós podemos aprender como contribuir para que elas cresçam mais saudáveis. Para tanto, a intenção desse estudo foi saber: **Qual a percepção das crianças vítimas de violência, em relação aos maus-tratos praticados pelos pais?** Como objetivo: **compreender o significado da violência doméstica na percepção das crianças que a sofreram**.

A violência contra a criança é um problema que sempre existiu e o que se tem feito para diminuí-la ou resolvê-la parece pouco. Este estudo pôde ajudar na busca da compreensão dos sentimentos e atitudes das crianças vítimas de maus-tratos, para que esses possam vir a ser trabalhados de forma interdisciplinar, na intenção de que seja quebrado esse ciclo vicioso, e que as crianças que sofrem as agressões hoje, não persistam no mesmo erro, e não sejam os agressores do amanhã. Para tanto, "...é de importância crucial para a própria sobrevivência da espécie humana que se compreendam os mecanismos pelos quais a agressão é adquirida e mantida, para que se possa controlá-la".[3:181]

Somente com o aumento de pesquisas nessa área, poderemos obter as informações e o conhecimento necessário para atacar a violência em sua origem, para, a partir daí, pensar em diminuí-la, e sonhar com o dia em que todas as crianças possam gozar de uma infância realmente feliz.

## COMPREENDENDO O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA...

Compreendemos a articulação da violência como histórica e não pertinente apenas à questão brasileira, mas como fruto de intolerância racial, intelectual, social ou de credo. É certo que ela é conhecida entre os homens desde a sua criação, porém a agressividade entre as pessoas tem aumentado e representa hoje um problema bastante grave e de extrema importância para a humanidade. A violência sempre teve lugar na sociedade brasileira, seja nas intituições, seja nas relações entre homem e mulher, adulto e criança, entre patrão e empregado ou qualquer outra forma, atingindo sempre em maior escala, os mais frágeis, ou seja, aqueles que detêm menos poder.[4]

Dentro desse quadro, podemos afirmar que a violência doméstica é aquele tipo de violência que ocorre em casa, entre quatro paredes, onde o marido agride a esposa; os pais agridem os filhos; os filhos agridem os avós e assim, sucessivamente, o mais forte prevalece em relação ao mais fraco e o respeito mútuo parece não fazer parte daquele quotidiano. Dessa forma, muitas vezes, o maior

perigo para as crianças encontra-se dentro de casa."(...) a violência doméstica contra crianças e adolescentes representa todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que - sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima - implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento".[5:32-33]

Outro problema enfrentado por essas crianças é, que na busca pela "boa educação", pais ou responsáveis, utilizam exageradamente um "poder" sobre a criança, não importando a gravidade ou a extensão de sua repressão, o que pode levá-la à revolta, à delinqüência ou fazê-la submissa e retraída.[6]

É importante ressaltar que o nível intelectual dos pais, normalmente, tem influência no tipo de penalidade sofrida pelo menor em decorrência de uma transgressão. Essa penalidade vai desde um diálogo proveitoso até mesmo ao espancamento, que algumas vezes chega a ser fatal.

A violência tem sua origem, não surge do nada. A mídia, no intuito de atrair a atenção do público, dedica enorme atenção à violência.[7] Desse modo, entendemos que ela estimula a violência, ou, no mínimo, torna-a corriqueira, sem a importância devida em nosso quotidiano.

Para que a violência contra a criança comece a diminuir, é preciso que a criança seja vista, respeitada e tratada como um ser humano, sujeito de sua história de vida, sendo-lhe dada a capacidade de pensar, agir e reagir ante as adversidades do meio em que vive. Somente a partir desse momento será verdadeiramente respeitada.

Para garantir os direitos da criança e do adolescente, foi criada em 13 de julho de 1990 a Lei Federal 8.069 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).[8] Não basta, porém, que crianças e adolescentes tenham seus direitos assegurados em leis, é preciso que essas leis sejam efetivadas na prática.

Faz-se necessário frisar que a comunidade em que se insere a criança tem a responsabilidade de lhe garantir que seus direitos sejam respeitados. Dessa forma, é de suma importância o esclarecimento da população em geral sobre o conteúdo deste Estatuto, pois somente reconhecendo os direitos das crianças, poder-se-á perceber, com maior clareza, quando estes foram desrespeitados, promover denúncias, a fim de diminuir os índices de um quadro de dor e vergonha para uma vida em sociedade.

Ao falarmos de violência doméstica, não podemos culpabilizar apenas as famílias, pois a omissão do poder público em relação à garantia de uma boa qualidade de vida para as populações menos favorecidas contribui muito para que a violência ocorra. No caso de adultos, crianças e jovens submetidos a toda sorte de privações, como cobrar-lhes atitudes moralmente corretas, se esses modelos de comportamento não foram estabelecidos?

## O EMBASAMENTO TEÓRICO E METODOLÓGICO

No anseio de conhecer melhor o fenômeno da criança maltratada, optamos pelo estudo qualitativo fundamentando-nos na Sociologia Compreensiva. Esta tem como foco compreender a realidade humana vivida socialmente, diferente do mundo das ciências naturais. Dessa forma, justificamos a escolha por esta modalidade de estudo, pois não podemos quantificar os sentimentos e as percepções de uma criança, após esta ter sido agredida, violentada emocionalmente, ou abandonada aos cuidados de uma instituição, visto que a reação de uma, pode ser, e quase sempre é, diferente da reação de outra.

Este estudo foi desenvolvido em uma casa-abrigo, localizada em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul que, por questões éticas, denominamos de "Refúgio". O abrigo a que nos referimos é uma Organização Não-Governamental (ONG) e caracteriza-se por oferecer um serviço de atenção integral a crianças e adolescentes abandonados ou que foram vítimas de maus-tratos praticados pela família, com idades compreendidas entre 0 e 14 anos. Fizeram parte da pesquisa sete crianças com idades compreendidas entre 8 e 11 anos, que já haviam sofrido qualquer tipo de violência ou maus-tratos por parte de um dos membros da família, conforme relatos da direção da instituição. Algumas das crianças já haviam passado por tentativas de adoção e tinham sido "devolvidas", geralmente pelo caráter pouco dócil na interação com a nova família. Considerou-se essa faixa etária, levando-se em conta a maior facilidade de expressão que apresenta e por ser uma idade pouco escolhida no caso de adoções, motivo considerado, por nós, também como mau-trato. Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96[9], e seguindo os aspectos ético-legais da pesquisa que envolve seres humanos, explicitamos que, para garantir o anonimato dos sujeitos quanto aos dados confidenciais, as crianças foram rebatizadas com nomes de sentimentos, por percebermos o quanto estavam carentes destes tipos de emoções. Também foram respeitados os preceitos culturais, sociais, morais e religiosos dos sujeitos envolvidos. Dessa forma participaram da pesquisa Esperança – 11 anos, Saudade – 11 anos, Amor – 10 anos, Carinho – 10 anos, Amizade – 10 anos, Alegria – 8 anos e Compaixão – 10 anos.

A coleta de dados compreendeu três momentos: a observação não estruturada das crianças em situações diárias, as entrevistas semi-estruturadas, que foram gravadas e transcritas na íntegra para que pudessem, posteriormente, ser compreendidas à luz da literatura, com as seguintes questões norteadoras: "1.Quais as lembranças que a criança tem de quando morava com a família? 2.Como ela se sente ao pensar ou lembrar de sua mãe e de seu pai? 3. Como ela age junto aos colegas ou qualquer outra pessoa, quando quer algo? 4.Quais as expectativas que ela tem a respeito de seu futuro?" As entrevistas terminaram quando percebemos saturação dos relatos das crianças. Estas, após a entrevista eram encaminhadas a um terceiro momento, que era o da realização de desenhos, que foram interpretados por uma psicóloga, convidada para esse fim, considerando as explicações dadas pelas crianças no momento da sua atividade.

No momento da análise, realizamos leituras sistematizadas dos relatos transcritos e das observações anotadas no diário de campo, bem como da interpretação dos

desenhos, buscando convergências e divergências, delimitando os significados que os sujeitos deram para o fenômeno.

A análise foi realizada tentando descobrir, sob o ângulo da Sociologia Compreensiva, as percepções das crianças maltratadas pelos pais, suas vivências, seu quotidiano e também as formas de enfrentamento por elas utilizadas.

## AS CATEGORIAS...

Foi através do conhecimento das histórias de vida, das entrevistas, dos desenhos e também da observação destas crianças que percebemos que o viver afastado da família por ser vítima de violência e maus-tratos é cercado de lembranças ruins, tristeza e desânimo, porém a esperança e a alegria também fazem parte do seu cotidiano.

Após leituras sistematizadas das entrevistas identificamos e organizamos as "unidades de significado" em duas grandes categorias, sendo que uma delas possui quatro subcategorias, a saber: o quotidiano da criança vitimizada, que se subdivide em (I) a vida na instituição, (II) a violência sofrida e os sentimentos em relação aos pais/agressores, (III) as formas de enfrentamento, (IV) o silêncio significante; alcoolismo X violência: via de mão dupla.

## O QUOTIDIANO DA CRIANÇA VITIMADA

Na realização deste estudo, compreendemos que a criança vitimada torna-se triste, pela constância com que ocorrem os maus-tratos, pelas lembranças de um passado recente e porque, além de uma agressão inicial, ainda deve sofrer pela separação advinda da institucionalização.

Contudo, apesar da pouca idade, os sujeitos desse estudo mostraram que não é possível viver o tempo todo no limite. É imprescindível o uso de subterfúgios como a transgressão, o uso de máscaras, o jogo duplo ou a cumplicidade para driblar a dor diária e repartir a carga, de tal modo que ela possa parecer muito mais leve e dessa forma ser suportada.

## A VIDA NA INSTITUIÇÃO

Os sujeitos desta pesquisa revelaram que os laços familiares são fortes, mas que a dor de ser vitimado muitas vezes torna-se maior, deixando os sentimentos relacionados aos seus familiares, muitas vezes, em segundo plano.

Sabemos que nem todas as instituições que abrigam crianças e adolescentes vítimas de abandono e maus-tratos têm as mesmas filosofias e tratam as crianças de forma semelhante. Muitas vezes, o atendimento se restringe a alimentar ou oferecer um lugar para dormir. Porém, "o abrigo pode ser um lugar privilegiado, com rotinas definidas, com cuidados essenciais garantidos - que vão além das necessidades básicas - onde a criança pode se sentir acolhida integralmente".[10:315]

Quando os sujeitos deste estudo foram questionados sobre sua preferência em viver no "Refúgio" ou juntamente com suas famílias, a resposta foi praticamente unânime em preferir viver na instituição. Cada um tenta convencer a si e aos outros dos benefícios que a instituição pode lhe oferecer, porque "*aqui eu tive bastante amigos,*" (Saudade) ou porque "*aqui tem brinquedo e lá não tinha*" (Esperança) ou porque "*...aqui ninguém surra.*" (Carinho). Ou ainda por querer mascarar um sentimento negativo em relação à família.

Na realidade, o "Refúgio" oferece a essas crianças a possibilidade de uma infância menos violenta, com o carinho que muitas vezes não é encontrado no seio familiar. Todavia, acreditamos que por melhor que seja a instituição que abriga a criança, ainda assim ela não consegue substituir de forma satisfatória a função da família, carregada de todos os sentimentos que nela se embutem. Porém, para os entrevistados, voltar ao quotidiano familiar pode significar voltar a conviver com a violência, e isso fica claro, quando se diz que prefere ficar no "Refúgio", porque "*na casa a gente apanha*" (Carinho). Para superar a condição de vulnerabilidade evidente na radicalidade do intenso sofrimento físico e/ou psíquico, é necessário considerar, entre as várias possibilidades de encaminhamento, o "abrigo" como uma alternativa de salvaguardar a integridade física e psíquica da criança ou do adolescente.[10]

Se por um lado a vida na instituição tem o seu aspecto de separação ou rompimento com os laços familiares, e isso talvez pudesse trazer tristeza à criança, por outro, a institucionalização permite que a violência vivida diariamente seja interrompida. Além disso, a institucionalização da criança promove uma socialidade que talvez não seja encontrada no seio familiar. Socialidade aqui entendida como o "estar junto", "ao desejo de provar em comum emoções e sentimentos que se esgotam, que não procuram um além disso, que se dá a ver e a viver".[2:121]

A vida numa instituição que abriga crianças vítimas de violência nem sempre é vista como algo ruim. Em muitos casos ela substitui com louvor o ambiente doméstico. É nas coisas simples, corriqueiras e banais, vividas diariamente, que essas crianças encontram forças para suportar a carga de terem sido abandonadas, ou vivenciarem a violência de uma forma tão ordinária.

A alegria, o humor, a cortesia e o entusiasmo também estão presentes no dia-a-dia dessas crianças. É esse "*ser feliz em casa e aqui também*" (Alegria), o "*brincar, rir, fazer um monte de coisa, brincar de pega-pega, correr...*" (Alegria) enfim, o lúdico, o fazer amigos e participar com eles das boas e más experiências, traduzidos no "*ser feliz*", independentemente do lugar onde isso ocorra, é essa socialidade que permeia a vida cotidiana na instituição.

Porém todo o sofrimento não poderia ser simplesmente esquecido. As marcas da violência sofrida e os sentimentos que as crianças têm em relação aos agressores ficam evidenciados na subcategoria a seguir.

## A VIOLÊNCIA SOFRIDA E OS SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AOS PAIS/AGRESSORES

No decorrer das visitas, percebemos o quão difícil é para essas crianças poder definir o tipo de sentimentos que nutrem pelos seus genitores ou pela pessoa encarregada de tutelá-las. Mais complicado ainda é poder falar sobre tais emoções. Na maioria das vezes, os sentimentos de amor e ódio estão relacionados às atitudes de agressão física ou negligência dos pais em relação aos filhos. É o

que se percebe nos seguintes depoimentos: "*Eu não quero morar com ela (a mãe)... porque eu não gosto dela... porque não. Do pai eu gosto... Da mãe,... não sinto nada. Eu não me lembro, eu nunca lembro deles. Não sinto nada.*" (Amizade); "*A pessoa que eu menos gosto? Fora daqui é a minha mãe. Não sei, ela botou a gente no mundo pra deixar na rua. Eu gosto mais do pai. Porque a mãe não cuida de nós. Quando o pai chega de meio dia a comida não tá pronta, ela fica tomando mate (chimarrão) nas vizinha... Os dois brigam... Se ela cuidasse eu não tava aqui.*" (Compaixão)

Percebemos que, na maioria dos casos, aquelas crianças estão sob os cuidados da instituição por terem sido vítimas de um dos pais, com a cumplicidade ou não do outro. Também reconhecemos que os sentimentos negativos são direcionados somente àquele que as agrediu, mantendo o outro inocente. Talvez esse seja um mecanismo de defesa, utilizado para poder acreditar que é amado e respeitado como filho, e poder assim desenvolver-se de uma forma um pouco mais segura.

Até os três anos de idade a ação do ambiente onde está inserida a criança é preponderante para o seu desenvolvimento, sendo os êxitos evolutivos, resultados das experiências vividas.[11] Sendo assim, acreditamos que além dos distúrbios de ordem psicológica que possam advir de uma infância repleta de cenas de violência, o processo de estruturação da personalidade da criança também possa ficar comprometido.

Faz-se necessário mostrar cada vez mais as diferenças entre educar e agredir fisicamente, utilizando todas as formas de comunicação e educação possíveis. É preciso firmeza e convicção na capacidade de mudança da humanidade, mesmo que seja de uma forma lenta, para que, num futuro próximo, possamos contar com um índice de violência diminuído.[12] Acreditamos que a educação seja a base para esta mudança, e esta tem suas raízes na família.

A relação de afeto entre pais e filhos pode influenciar de maneira significativa a forma como esta pessoa, hoje criança, tratará seus semelhantes, num futuro próximo, já como adulto. Isso demonstra a gravidade desta situação, pois não se restringe a uma criança, mas a um ciclo de gerações que poderão sofrer em decorrência da atitude de uma pessoa que provavelmente também teve para si este tipo de cuidado.

Sendo assim, após termos convivido com essas crianças durante todo esse período, percebemos que nem sempre a família é a melhor opção para elas. Em determinadas situações, a violência vivida é tão gritante que as conseqüências não se restringem às cicatrizes do corpo, mas também da alma. Talvez por isso "*eu nunca lembro deles*", "*não sinto nada*".

Essas crianças afirmam que preferem continuar morando no "Refúgio" a voltar para casa, com sua família biológica, porém demonstram, através das falas e dos desenhos, um desejo imenso de ter uma família substituta ou adotiva, pois sentem a necessidade de amar e serem amadas.

## AS FORMAS DE ENFRENTAMENTO

Como forma de resistência às provações que lhes são impostas diariamente, pela saudade ou pela decepção, apesar da pouca idade, meninos e meninas enfrentam as adversidades de maneira tal que consigam driblar seus sentimentos. "*Não é por nada, é só pra fugir mesmo*" (Amizade).

Estas crianças necessitam fugir, como forma de transgressão. Não há um motivo em especial. É a necessidade de infringir as regras, instaurando a união do grupo, a cumplicidade para burlar uma lei que lhes foi imposta. É o fugir pelo prazer da brincadeira, do lúdico. É o fugir para chamar a atenção. Fugir "*com a Saudade e a Amizade, só pra brincar*" (Esperança). Fugir para acompanhar os amigos.

Na instituição, além de não conviver mais com as cenas degradantes da violência diária, as crianças recebem o cuidado de pessoas que se preocupam com o seu bem-estar. Porém, o reduzido número de funcionários em relação ao número de crianças faz com que a atenção recebida continue sendo insuficiente. Dessa forma, na tentativa de receber a atenção tão almejada, elas utilizam-se das fugas como forma de transgressão, no intuito de, mesmo que indiretamente, poder pedir por limites, direcionando para si o olhar de seus cuidadores.

Na luta contra os percalços do dia-a-dia, na tentativa de esquecer a mazela de terem sido abandonadas, negligenciadas ou violentadas de alguma forma, essas crianças também se utilizam das máscaras, do jogo duplo, para conseguirem resistir. Apóiam-se nas alegrias compartilhadas para esquecer a dor individual. Partilham com os que estão ao lado, vivenciando os mesmos sofrimentos. Passam a valorizar os sentimentos, as emoções coletivas que, na verdade, ajudam no enfrentamento da vida diária. É a "solidariedade orgânica" que surge, contemplando o diferente de cada um numa emoção coletiva, daqueles que partilham as dificuldades diárias. (...). É essa duplicidade que permite o existir.[13]

O uso de máscaras, o jogo duplo, a transgressão e a solidariedade orgânica são maneiras individuais de manter seu equilíbrio "...são válvulas de escape que, consciente ou inconscientemente, cada um aciona, para fugir às imposições sofridas".[14:8]

Apesar de terem sido vítimas de alguma forma de violência ou maus-tratos, e continuarem a sofrer pela sua condição de abandono ou pelo afastamento da família, observamos que estas crianças têm seus momentos de tristeza, e, como talvez não suportassem a carga de viver o tempo todo no limite, conseguem burlar tais sentimentos. Buscam, através das brincadeiras, da dança, das alegrias presentes nas pequenas coisas, viver a sua infância da melhor maneira possível.

Não que não pensem em sua condição, mas o essencial é que possam compartilhar as adversidades que lhes são comuns, e principalmente que possam interagir com aqueles que dividem a mesma sorte, fortificando os sentimentos oriundos de tal convívio. É esse compartilhar que faz com que essas crianças continuem com a vontade de viver, que lhes permite o brincar, o rir e principalmente o sonhar.

## O SILÊNCIO SIGNIFICANTE

Uma das dificuldades que sentimos durante a coleta de dados foi o silêncio das crianças, quando lhes perguntávamos algo a respeito do que viveram junto aos familiares. Conversavam normalmente até que fossem indagadas sobre a violência sofrida. Aquele silêncio não

era apenas a falta das palavras, mas era um silêncio significativo. Não é pelo fato de "*não confiar... (...) porque eu confio, mas é que eu não quero contar*" (Saudade). "Se a linguagem implica silêncio, este, por sua vez, é o não-dito visto do interior da linguagem. Não é o nada, não é o vazio sem história. É silêncio significante. (...) Ele tem significância própria".[15:23]

É inútil querer compreender o silêncio dessas crianças sem antes conhecer as suas histórias. E talvez este período que passamos juntos também tenha sido muito pequeno, para podermos afirmar, com certeza, o que o silêncio de cada uma, em cada momento, representou sem que corramos o risco de errar. "O delírio de interpretação não tem limites, e por isso é tão invencível quanto insatisfeito".[16:184] Poderíamos dar muitos motivos para o silêncio dessas crianças, e jamais teríamos a certeza do real significado que ele tem. Nem sempre o que é dito, é o que se quer dizer, e também o não-dito tem sua significância própria. Por isso, sempre que tentarmos decifrar o significado do silêncio, podemos estar deturpando a sua finalidade, contudo é necessário dar-lhe sentido para que possamos suportá-lo. O silêncio não fala, ele significa. É inútil traduzi-lo em palavras, mas é possível compreender o seu sentido. Ele não é transparente, e é tão incerto quanto as palavras, pois se produz em condições próprias que constituem seu modo de significar.[15]

É necessário conquistar a confiança para poder ser confidente, para que uma criança abra seu coração e consiga falar sobre o que já vivenciou, e confiança não se conquista de um minuto para o outro. Em especial, é necessário conquistar a confiança de uma criança que várias vezes já teve motivos para não confiar, pois as conseqüências podem ser dolorosas.

## ALCOOLISMO X VIOLÊNCIA: VIA DE MÃO DUPLA

A agressividade e a violência são constantes nas famílias das crianças que participaram deste estudo. Algumas vezes deflagrada contra a mulher, em outras e na maioria delas contra a criança, muitas vezes, pelo simples fato de o pai ou a mãe estar alcoolizado. Percebe-se que a perpetuação da violência já começa a se manifestar através das atitudes das crianças com os colegas. Também está presente nos relatos a aceitação da punição física como método disciplinador, transmitindo-se de geração a geração a idéia da violência física, como forma de educação.

A violência vivida dentro da família é conseqüência de vários fatores e muitas vezes ocorre em função do consumo das drogas, e freqüentemente em função do alcoolismo, pois "*o pai bebia e surrava a mãe*" (Alegria). Para muitas crianças, é um quadro que vem se repetindo assiduamente. Já faz parte do seu quotidiano. Acaba se tornando banal, comum pela freqüência com que acontece. O alcoolismo é uma doença que pode ser considerada uma das maiores desgraças da humanidade, atingindo não só quem consome a bebida, mas também as pessoas que com ele convivem.[17]

Sendo o alcoolismo visto como uma doença, como tal deve ser tratado, pois exerce também uma função devastadora no ambiente familiar, pois é responsável por brigas, desavenças familiares e diversas situação de maus-tratos. Porém não é só o alcoolista que deve ser o foco da atenção dos profissionais. É de suma importância que as pessoas que convivem com ele, em particular as crianças e adolescentes que estão em pleno processo de formação e estruturação, sejam alvo de atenção. A desconsideração com a saúde das famílias dos alcoolistas tem contribuído para aumentar o número de pessoas que no futuro poderão tornar-se igualmente clientes desse modelo de assistência.[17]

A grande preocupação ao desenvolver este estudo foi o medo de que, aprendendo a conviver com a violência, estas crianças acreditem realmente que esta é a maneira correta e aceita pela sociedade de ensiná-las e de corrigi-las. Também pelo receio de que tenham a convicção de que "*se a criança não fez nada... é uma violência, porque quando a criança não faz nada e bate... é violência*", *mas que* "*se a criança fez alguma coisa de errado daí não é violência*".(Alegria) E de que "*eles só me batiam quando precisava...*" (Compaixão). É imperativo que a criança cresça com sua auto-estima elevada, sabendo que em momento algum precisa ser violentada para poder ser corrigida ou educada. É essencial que saiba também que para conseguir alguma coisa não é necessário utilizar a violência ou a agressividade.

Presenciando e contracenando com cenas de violência diariamente, algumas dessas crianças já começam a revelar esse tipo de comportamento quando, ao defrontarem-se com uma dificuldade, referem ter "*vontade de surrar*" (Carinho). É a manifestação da violência vista como uma "via de mão dupla", vivenciada como filho e praticada de forma natural, hoje como colega, amanhã como pai ou como cidadão, não simplesmente porque "*ele é assim, tu já viu a cara dele quando ele fica assim? Ele surra, dá soco, surra todos os piazinhos*" (Compaixão), mas porque ele aprendeu a ser assim, pois foi esse o modelo que conheceu.

A falta de atenção a estas crianças, bem como às famílias, de uma maneira realmente comprometida, favorece um quadro de recolhimento e negação de tais vivências, impedindo-as da exteriorização e elaboração dos seus sentimentos, facilitando o desenvolvimento de relações violentas, que já começam a ser observadas ainda na infância e que, sem dúvida, tendem ao agravamento.

Dessa forma, o papel da enfermagem bem como de todos que trabalham com crianças vítimas de violência e maus-tratos é o de não apenas ficar penalizados, mas o de promover situações de prevenção e tratamento de possíveis distúrbios de ordem psicológica, num modelo de trabalho interdisciplinar. Os pais que necessitam de normas e leis que a sociedade cria para impedi-los de vitimar seus filhos, precisam também, de orientação, apoio e até tratamento psicológico para questionar e reformular sua atitude ante a infância e a educação, sua e de seus filhos.[12]

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A convicção de que a vida desses sujeitos restringia-se às lembranças de um passado mórbido, e que o futuro não lhes reservava algo muito diferente foi aos poucos dando lugar ao entendimento de que a vida daquelas crianças não se limitava às recordações ruins. Ela é recheada de riquezas que nem sempre temos a capacidade de perceber. Na realidade, estudá-la em seu quotidiano per-

mitiu-nos a compreensão da importância dos "pequenos nadas" na vida de cada um.

Um dos aspectos que consideramos limitante deste estudo foi a comunicação insuficiente das crianças. Na faixa etária em que se encontram é natural que o diálogo não seja tão fluente. Porém, ao refletirmos sobre essa situação, percebemos que não se tratava apenas de um silêncio por falta de assunto ou palavras, mas vinha sobrecarregado de significados. Percebemos também, que ao serem retiradas das famílias, as crianças passam a receber os cuidados de profissionais competentes, entretanto, na maior parte do tempo, são cuidadas por pessoas com o mínimo grau de instrução, que nem sempre estão preparadas para dirimir os problemas emergentes da convivência diária com crianças que trazem em sua bagagem uma carga extra de experiências negativas. Pensamos que este é um ponto que deva ser repensado não só pela direção do "Refúgio", mas por todas as instituições que lidam com este tipo de situação.

Presenciamos o dia-a-dia da criança institucionalizada por negligência e maus-tratos. Percebemos que ela se torna triste devido às lembranças, e também pela separação imposta pela institucionalização. Porém faz uso de subterfúgios para poder enfrentar de um modo menos doloroso as adversidades diárias. Utiliza a transgressão, as máscaras, a duplicidade, de forma a driblar seus sentimentos, para que assim possa enfrentá-los. Ela vê a instituição como um espaço familiar, aconchegante. Um local onde é possível ter uma infância menos violenta, capaz de lhe oferecer algo além de proteção e comida.

Este estudo mostrou-nos também que a criança vê a possibilidade de voltar a conviver com a família, atrelada à idéia de conviver também com as agressões. E isso é algo que podemos entender, quando não se defere tratamento algum ao agressor. Torna-se, portanto, imprescindível discutir e trabalhar de maneira interdisciplinar as formas de tratamento dispensado à criança e também à família, pois quem agride está doente e precisa ser tratado, e quem sofreu a agressão necessita de tratamento para que não adoeça e assim venha a praticar os mesmos desatinos num futuro próximo.

Ficou claro também que, quando a criança manifesta atitudes violentas contra os colegas ou contra quem quer que seja, está, em algumas vezes, reproduzindo situações vivenciadas na família e, em outras, extravasando sentimentos de inferioridade, insegurança, rejeição e revolta por compreender que a vida foi injusta com ela ou porque não teve as mesmas oportunidades que os outros tiveram. Além disso, a criança que convive com punições corporais para qualquer tipo de infração começa a entender o castigo físico como método disciplinador, aceitando-o e transmitindo-o agora para os colegas, e futuramente para seus filhos, como forma de educação.

Diante de todos esses dados, torna-se imprescindível que os profissionais que de alguma forma se envolvem nas situações de maus-tratos à criança, como é o caso dos conselheiros tutelares, do poder judiciário e em especial os da área da saúde, como enfermeiros, médicos e psicólogos, trabalhem de forma interdisciplinar, para que o profissional de uma área possa colaborar com o de outra área para enriquecer o conhecimento de ambos, efetuando trocas, ampliando seus horizontes e revendo as condutas que vêm sendo utilizadas neste tipo de situação, em relação ao tratamento deferido à criança, bem como à sua família.

Para isso, faz-se necessário enxergar o fenômeno com o olhar da criança, pois entendendo a sua percepção em relação à violência sofrida, compreenderemos mais facilmente as suas reações e atitudes diárias, para então, a partir daí, poder assisti-la de maneira mais adequada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1.Bordin TA.O Cuidado do ser em desenvolvimento: o desafio de promover famílias saudáveis na sala de vacinas. Erechim: EdiFAPES; 2001.

2.Penna CMM. Ser saudável no quotidiano da Favela. Pelotas, RS: UFPel; 1997.

3.Biaggio AMB. Psicologia do desenvolvimento. 14a . ed. Petrópolis: Vozes; 2000.

4.Sousa SMG. Trabalho infantil: a negação da infância? Estudo do significado do trabalho para crianças das camadas populares [dissertação]. São Paulo: PUC; 1994

5.Guerra VNA. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 3.ed. São Paulo: Cortez; 1998.

6.Ribeiro IM. Interação: a enfermagem assistindo à família da criança maltratada [dissertação]. Florianópolis (SC): Escola de Enfermagem/ UFSC; 1990.

7.Almeida HD. Violência urbana: adolescente em emergência pública. In: Ramos FRS, Organizador. Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Associação Brasileira de Enfermagem - Projeto Acolher . Brasília: ABEn/Governo Federal; 2000.

8. Brasil. Lei nº8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. In: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. São Paulo; 1990.

9. Brasil. Ministéio da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996.

10.Fromer L. O Abrigo: uma interface no atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência intrafamiliar. In: Ferrari DCA, Vecina TCC, organizadores. O Fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Agora; 2002.

11.Schimitz EM. A Enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu; 1995.

12.Mattos GO. A questão do disciplinamento corporal. In: Ferrari DCA, Vecina TCC, organizadores. O Fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Agora; 2002.

13. Maffesoli M. A Conquista do presente. 2a .ed.Rio de Janeiro: Rocco; 1984.

14.Nascimento ES. Noções que animam o quotidiano. In: Curso Quotidiano e Saúde: uma abordagem sócio-compreensiva. Porto Alegre: NEPETE – FURG; nov.1997.

15.Orlandi EP. As Formas do silêncio: no movimento dos sentidos. 4a.ed. Campinas: UNICAMP; 1997.

16.Comte-Sponville A. Viver. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

17.Silva MRS. Convivendo com o alcoolismo na família. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O Viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002.

# EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NO DESENVOLVIMENTO DO MÉTODO CANGURU[1]

## WOMEN´S EXPERIENCE WITH THE KANGAROO METHOD

## EXPERIECIAS DE MUJERES EN EL DESARROLLO DEL MÉTODO CANGURO

Elisângela Dittz Duarte[2]
Roseni Rosângela de Sena[3]

**RESUMO**
Este estudo buscou captar a compreensão das mulheres acerca do Cuidado Mãe Canguru (CMC) por elas realizado e elucidar as contradições entre a realidade vivida e a disponibilidade para realizar o CMC. Teve como cenário o Hospital Sofia Feldman/BH. Os sujeitos da pesquisa foram 15 mulheres da Unidade de CMC. Para coleta de dados, utilizou-se entrevista com roteiro semi-estruturado. Os resultados revelaram as dimensões do ser-mulher-mãe/mãe-canguru, expressando seus múltiplos sentimentos no processo de adaptação à realidade de um filho prematuro e da dedicação ao CMC. Sinalizam os caminhos para a atuação dos profissionais na assistência à mulher-mãe/mãe canguru e ao seu filho.
**Palavras-chave:** Método Mãe Canguru; Recém-Nascido de Baixo Peso; Assistência Perinatal

**ABSTRACT**
This study sought to capture women's understanding of Kangaroo Mother Care (KMC) carried out by them and elucidate the contradictions between the reality lived and availability to carry out KMC. The setting was the Sofia Feldman Hospital, in Belo Horizonte. The subjects for the research were 15 women from the KMC Unit. To collect data a semi-structured agenda interview was used. The results revealed the dimensions of the mother-woman/mother kangaroo woman, expressing her multiple feelings in the process of adaptation to the reality of a premature baby and dedication to KMC. They indicate the ways professionals can work in assisting the mother-woman/kangaroo-mother and her child.
**Key words:** Kangaroo Mother Method; Infant, Low Birth Weight; Perinatal Care

**RESUMEN**
Este estudio intenta captar lo que entienden las mujeres del Cuidado Madre Canguro (CMC) que llevan a cabo y analizar las contradicciones entre la realidad que vive la madre y la disponibilidad para realizar el CMC. El escenario ha sido el Hospital Sofía Feldman/BH y los sujetos de investigación 15 mujeres de la Unidad de CMC. La recopilación de datos se efectuó mediante entrevistas semiestructuradas. Los resultados revelan las dimensiones de la mujer madre/madre canguro y expresan sus múltiples sentimientos ante el proceso de adaptación a la realidad de un hijo prematuro y de la dedicación al CMC. Señalan caminos de actuación a los profesionales en la asistencia a las mujeres madre/madre canguro y a su hijo.
**Palabras clave:** Método Madre Canguro; Recién nacido de bajo peso; Atención perinatal

[1] Dissertação apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) para obtenção ao título de mestre
[2] Enfermeira do Hospital Sofia Feldman.Mestre em Enfermagem pela EEUFMG
[3] Emfermeira. Professora Adjunta Aposentada da EEUFMG. Doutora em Enfermagem pela USP
Endereço para correspondência:Rua Álvares de Azevedo, 35/244 - Bairro Santa Mônica, Belo Horizonte- MG, Telefone: 9970-9888, E-mail: dittzduarte@ig.com.br

## INTRODUÇÃO

Não existem dúvidas de que o desenvolvimento tecnológico crescente na área de saúde tem contribuído de maneira significativa para a sobrevivência dos recém-nascidos de baixo peso que, segundo os dados do UNICEF[1], representam cerca de 9,2% dos nascimentos registrados no Brasil.

A utilização dos recursos tecnológicos, entretanto, encontra-se dependente diretamente das condições econômicas da população, sendo esses recursos disponibilizados de forma diferenciada, segundo a inserção econômica, social e cultural das mulheres e, por conseguinte, dos recém-nascidos. Onde não se conta com esses recursos ou não se tem acesso a eles, faz-se necessária a busca de outras alternativas para o atendimento de recém-nascidos prematuros.

Para superar uma situação de deficiência de recursos humanos, tecnológicos e financeiros na assistência ao recém-nascido de baixo peso, em 1978, em Bogotá (Colômbia), os médicos Hector Martinez e Edgar Rey idealizaram e desenvolveram o que se denominou Cuidado Mãe Canguru (CMC) para atenção aos recém-nascidos de baixo peso.[2]

Esse método consiste na colocação da criança em contato pele a pele entre os seios de sua mãe, na posição vertical, preferencialmente 24 horas/dia[3], tendo como componentes principais o contato pele a pele, para transmissão do calor, a manutenção do contato e o apego entre mãe e filho, propiciando a alta hospitalar precoce e o aleitamento materno precoce e preferencialmente exclusivo.[4]

Inúmeros estudos já foram realizados comprovando os benefícios do cuidado mãe canguru, como o de Whitelaw[5], que mostra melhora significativa na produção de leite materno pelas mães, uma diminuição de infecções nos recém-nascidos, controle adequado da temperatura corporal e oxigenação em níveis adequados. Affonso et al.[6] demonstram manutenção de parâmetros fisiológicos estáveis ou melhores que os iniciais, durante o contato pele a pele na posição canguru.

O cuidado mãe canguru, além dos benefícios comprovados, vem ao encontro das mudanças observadas na neonatologia, que valorizam as interações entre pais e filho para o desenvolvimento neurossensorial da criança, favorecendo também a assistência de qualidade no que diz respeito às necessidades emocionais da família e do recém-nascido. Atendendo a essas mudanças, o CMC beneficia o desenvolvimento do recém-nascido por meio do contato pele a pele, possibilitando o estabelecimento do vínculo afetivo entre pais e filho.

Ao se falar de cuidado mãe canguru, não se pode deixar de considerar as situações referentes ao parto prematuro. A forma como a mulher vive esse acontecimento inesperado influencia sua própria vivência e sua relação com o seu filho e, conseqüentemente, o cuidado mãe canguru.

O cuidado mãe canguru, entre vários outros aspectos, busca estimular o contato precoce entre mãe e filho, possibilitando uma redução do distanciamento criado e acentuado pela forma habitual de assistência e pela organização da maioria dos serviços de neonatologia. Propicia à mãe oportunidades de se apegar ao seu filho, uma vez que ela já pode tocá-lo, senti-lo por inteiro, rompendo barreiras físicas e tecnológicas e percebendo que, mesmo aparentemente frágil, aquele pequeno ser pode sobreviver sob seus cuidados.

Em nossa prática profissional, podemos perceber que, entre as mães que optavam por permanecer no hospital para realizar o cuidado mãe canguru, havia um grupo de mães que compreendia e se entregava ao cuidado. Em um outro grupo, era visível o descontentamento por permanecer no hospital, passando, a mãe, a adotar comportamentos que dificultavam a realização do cuidado mãe canguru.

Essa situação nos permite afirmar que a disponibilidade física e emocional quase integral exigida da mãe, passa a gerar comportamentos de aceitação ou rejeição à situação, que podem influenciar no resultado da aplicação da tecnologia.

Não se pode negar ou reduzir a importância do cuidado mãe canguru para mãe e filho, mas pouco se tem considerado como o cuidado é sentido pela mãe, bem como as dificuldades enfrentadas por ela. Essa afirmativa é confirmada pela revisão da literatura, que demonstra que poucos estudos realizados mencionam a importância do cuidado mãe canguru para a mãe, oferecendo maior enfoque nos benefícios para o recém-nascido de baixo peso.

Acreditamos que uma aproximação dessa realidade, a partir do vivido pelas mulheres, permite conhecer um pouco da experiência delas quando realizam o cuidado mãe canguru, valorizando as dificuldades por elas vivenciadas e favorecendo a adoção, por parte da equipe que a assiste, dos conceitos, métodos e instrumentos que levem a uma assistência integral da mãe e do recém-nascido.

Assim, este estudo tem como objetivos captar a compreensão das mães acerca do cuidado mãe canguru por elas realizado e elucidar as contradições entre a realidade vivida pelas mães e a sua percepção sobre a disponibilidade necessária para a realização desse cuidado.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Configura-se como um estudo descritivo-exploratório, orientado pelo método dialético, o que permitiu uma aproximação da realidade objetiva, a partir dos significados atribuídos ao vivido pelas mulheres ao se proporem realizar o cuidado mãe canguru.

Esta trajetória metodológica foi direcionada para se conhecer a realidade vivida pelas mães e as contradições reveladas na análise crítica reflexiva dessa realidade.

O trabalho foi realizado na Fundação de Assistência Integral à Saúde/ Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte. Uma Instituição filantrópica, não-governamental, que assiste à saúde da mulher e da criança, com 83% de sua receita proveniente do Sistema Único de Saúde, localizada no Bairro Tupi, distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Para atenção ao neonato, a instituição possui a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e a de Cuidados

Intermediários, com 24 e 20 leitos respectivamente. Na Unidade de Terapia Intensiva, inicia-se o contato pele a pele entre pais e recém-nascido, bem como a participação dos mesmos nos cuidados do filho.

A Unidade de Cuidados Mãe Canguru foi inaugurada em 1998, com 8 leitos, reduzidos para 6 leitos atendendo a orientações do Ministério da Saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de 25/03/01 a 14/06/01 e somente teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, credenciado junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, e a autorização da instituição cenário do estudo. Foram observadas as orientações da Resolução nº 196/96 CNS-Conselho Nacional de Saúde, tendo sido entregue para as mães uma carta descrevendo os objetivos da pesquisa e informando-lhes que os resultados seriam divulgados sem os nomes ou outra informação que as pudesse identificar, para preservação do anonimato, e que os dados seriam utilizados somente para fins científicos. Foi solicitada autorização para a utilização do gravador. Após leitura da carta, em conjunto com as mães, e estando de acordo em participar da pesquisa, elas assinaram o Termo de Livre Consentimento.

Foram sujeitos da pesquisa 15 mulheres que se encontravam na Unidade de Cuidado Mãe canguru durante o período de coleta de dados. Utilizou-se como critério para a interrupção da coleta de dados a repetição das idéias centrais nas falas dos sujeitos.

O instrumento para captação da realidade empírica foi a entrevista utilizando roteiro semi-estruturado, que teve como pergunta norteadora "Como está sendo para você realizar o cuidado mãe canguru?".

Para o estudo deste fenômeno humano, as fitas foram transcritas pela pesquisadora. Em seguida foi realizada leitura exaustiva, no mínimo três vezes, de cada uma das entrevistas. Após, foram identificados os temas e as figuras conforme orientação de Fiorin[7].

> *Tema é definido como elemento semântico que designa um elemento não natural presente no mundo natural mas que exerce o papel de categoria ordenadora dos fatos observáveis (...) e figura um elemento do plano discursivo que remete a um dado elemento do mundo material, criando, assim, no discurso, uma ilusão referencial, ou seja, uma simulação do mundo natural.*[7]

Os temas e figuras permitiram identificar frases temáticas que foram recortadas e reagrupadas. A análise das frases temáticas reagrupadas permitiu a identificação das categorias e subcategorias. As categorias e subcategorias empíricas foram então interpretadas, descritas e analisadas.

## MULHER-MÃE/MÃE CANGURU: DESVELANDO O FENÔMENO

A análise dos discursos permitiu identificar as mudanças que ocorrem no ser-mulher, quando, em decorrência da concepção, vai se constituindo em mulher-grávida, mulher-mãe e, vivenciando as experiências da prematuridade e suas especificidades, constitui-se em mulher-mãe/mãe canguru.

As depoentes evidenciam a lacuna existente na relação mãe e filho com a ocorrência do parto prematuro. Os discursos revelam o cuidado mãe canguru como uma possibilidade de recuperar a unidade desfeita, favorecendo a transição da mulher grávida para a mulher-mãe, dificultada pelo distanciamento físico e emocional.

> *"É muito importante. Eu acho que é a coisa mais importante que aconteceu. Desde o nascimento dele (...) É o que tá aproximando nós dois novamente, porque senão ia ficar complicado."(E-14.25)*

A dificuldade relatada nos discursos para que a mulher vivencie a maternidade é discutida por Prugh[8], ao identificar um alheamento materno na relação com o filho prematuro.

A análise dos discursos permite inferir que a maternidade é vivenciada quando às mulheres é possibilitado o desempenho das atribuições maternas concretas: nutrir, cuidar e proteger. E, ainda que, o cuidado mãe canguru é um facilitador na transição da mulher-grávida para a mulher-mãe.

O parto configura um dos pontos fortes nas mudanças que vêm ocorrendo entre mãe e filho, rompendo com a simbiose até então existente. Na gestação prematuramente interrompida, passa a existir uma mulher-mãe prematura que necessita conviver com a prematuridade não esperada de seu filho.

Os discursos revelam a necessidade materna de aceitar e se adaptar ao bebê, reconhecendo que ele é diferente do esperado. Assim, essa necessidade de aproximação evidencia a inexistência de vínculo e apego sólidos. Lana[9] considera penosa a tarefa de elaborar a perda do bebê sonhado e entrar em contato com o bebê real. Essa situação permite identificar a importância de mãe e filho terem a possibilidade de um processo mútuo de aceitação.

A prematuridade configura-se como incerteza de vida, pelo constante risco de perda do filho. O risco de morte leva o recém-nascido a necessitar de tratamentos intensivos, e a presença materna é constante, mesmo às custas de tensão e sofrimento.

> *"Nossa, é um choque que a gente leva, né? Porque não esperava, né, aqueles dias que ele deu aquelas recaídas, que os médicos falaram... Meu coração batia demais... batia... mas tinha de ficar por dentro, né? Se for olhar... num aguëntava não."(E-6.10)*

Durante esse período as mulheres passam por um processo gradual de aproximação, e o cuidado mãe canguru é apresentado como uma modificação nas tensas relações entre a mãe e o recém-nascido prematuro. Observa-se que não são feitas referências a outros contatos anteriores, levando-nos a acreditar que o cuidado mãe canguru é uma consagração da unidade buscada. Para Klaus et al.[10] a tensão materna está relacionada à evolução do recém-nascido, mas acima de tudo à possibilidade de tocá-lo.

Após vivenciar acontecimentos que ocorrem de forma rápida, intensa e inesperada, a mãe se depara com um período de longa e tensa espera, necessário à evolução de seu filho.

Fica revelada nos discursos a contradição, na qual a mulher manifesta compreender o processo de evolução do seu filho, mas deseja que ocorra de forma mais rápida.

Os discursos revelam, ainda, a percepção das entrevistadas do ser mãe canguru, na qual está internalizado o sentimento materno decorrente do desprendimento necessário de seu cotidiano de mulher, trabalhadora, esposa e mãe.

Ficaram expressas as sensações despertadas ao realizar o cuidado mãe canguru, concretizando a travessia da mulher-mãe para a mulher-mãe/mãe canguru. A tranqüilidade foi um dos sentimentos expressos com maior ênfase e relaciona-se à melhora observada no filho, aproximando-o da normalidade. Assim, ele está junto dela por estar melhor. Maldonado[11] acredita que a mãe vai recuperando o filho, entregue aos cuidados da equipe à medida que requer uma atenção menos intensa.

*"...quando tive a notícia dele, quando num tava muito bom, depois passou a fazer o Cuidado Canguru, a minha vida mudou mais. Agora eu sei que ele tá bom mesmo."(E-6.10)*

Os discursos são reveladores de uma compreensão do cuidado mãe canguru que transcende a posição canguru. Encontra-se presente o apego e a vinculação. Revela a necessidade de entrega de seu corpo e de suas emoções, para concretizar o ato de ser mãe canguru.

O cuidado mãe canguru é revelado como novidade por tratar-se de uma forma de atenção até então desconhecida pelas mulheres. Elas o evidenciam, ainda, como prazeroso e se reafirmam como sujeito neste processo e não apenas como intermediária no atendimento à necessidade do filho.

A decisão por realizar o cuidado mãe canguru implica também a permanência no hospital. Assim, a mulher-mãe rompe, inda que temporariamente, com relações com seu companheiro, outros filhos e consigo mesma, como mulher inserida em um contexto social. Diante dessas rupturas, sente-se dividida e expressa o desejo de cumprir com todas as suas atribuições, sendo esta uma das causas de ansiedade e preocupação.

*"Tem hora que a gente procura até nem pensar muito pra não se dividir muito (...). Porque existe o lado mãe e o lado mulher, o lado esposa, né? Mas é bom, é bom a gente acompanhar, mas é bom também a gente acompanhar o outro lado, então fica difícil."(E-2.29)*

As mulheres fazem referência, em seu discurso, às renúncias que são necessárias para realizar o cuidado mãe canguru, com maior ênfase nas que dizem respeito às condições de vida que lhes proporcionariam conforto e à companhia de familiares, principalmente companheiro e filhos. Para as mulheres as renúncias são temporárias e fazem parte da sua opção.

*"Tem que haver uma renúncia no mãe canguru. (...)se você tirou aquele tempo, se você saiu de sua casa, para ficar ali, você renunciou a sua cama boa, o seu banho bonzinho, o seu almoço que às vezes é na hora certa, sabe, a sua trocada de roupa também do mesmo jeito. Ali você vai conviver com outras pessoas. Por isso que há uma renúncia. De filhos, marido, pais, igual o meu caso. Olha de onde eu saí pra mim poder ta aqui."(E-12.29)*

Mesmo com as cobranças e renúncias necessárias ao cuidado mãe canguru, as depoentes evidenciam, em seu discurso, uma dificuldade para dedicação integral se estivessem em casa. Desta forma, pode-se inferir que, ao renunciar às suas atividades e relacionamentos, a mulher viabiliza dedicação integral ao seu filho.

O conjunto dos fragmentos dos discursos sinaliza para situações e sentimentos em que estão presentes a satisfação da mãe, as trocas afetivas, os progressos do recém-nascido, mas em um mesmo locus com a angústia, a culpa, a carência e os medos. E, como estratégia, a mulher-mãe/mãe canguru busca a renúncia à sua condição de mulher, esposa, mãe de outros filhos e passa a dedicar-se inteiramente ao filho.

Encontra-se presente na dimensão contribuição do cuidado mãe canguru na relação entre mãe e filho, além do envolvimento afetivo e investimento de emoções, o investimento em aprender a cuidar do filho e os planos feitos para a alta hospitalar.

Fica expressa, nos discursos, a constatação de melhora do recém-nascido, seja pelo ganho de peso, melhora na capacidade física e na capacidade de resposta aos estímulos. Somente após constatar as melhoras propiciadas ao seu filho a mulher passa a conferir importância ao cuidado mãe canguru.

*"Não faz. A gente acha que não vale muito, e no fim vale sim, porque eles... A cor deles parece que é até outra, né? (...) quando eu vejo que ta esfriando, gelando a mãe, eu enfio ele no Canguru e, num instantinho, parece que ele muda a cor e fica normal as quentura dele." (E-6.4)*

É compreensível que a mãe duvide que seu filho possa ter tão grandes progressos junto de si, uma vez que até então necessitou de cuidados especializados.

Os discursos das depoentes expressam que o cuidado mãe canguru se apresenta como um dos caminhos para aprender a cuidar do filho e como segurança para desenvolver esta modalidade de cuidar. Um cuidado que sofre as interferências do ambiente hospitalar, onde a bagagem cultural entra em confronto com o conhecimento técnico-científico. Tão importante quanto o ato de cuidar desenvolvido pela equipe é aquele desenvolvido pela mãe, aí encontrando-se a base para a constituição da criança em um ser social.

Fica evidenciado nos discursos que estar fortemente vinculada ao seu filho é um dos fatores que dificultam o distanciamento das mulheres, mesmo que por um curto período de tempo, sendo este um dos principais fatores responsáveis pela sua dedicação integral ao recém-nascido. Nesta sólida relação estabelecida, a mulher modifica a sua vida centrando no filho toda a sua atenção e dedicação.

Ficou expresso pelas entrevistadas o desejo de continuidade do cuidado mãe canguru no domicílio, evidenciando que a interrupção desse cuidado não se encontra vinculada à alta hospitalar. Possibilita assim o que é reco-

mendado por Charpak et al.[12] e Brasil[13] para aplicação adequada dessa modalidade de atenção: uma alta hospitalar precoce com o bebê ainda sob o cuidado mãe canguru.

Ao vislumbrarem a continuidade do cuidado mãe canguru em casa as mulheres corroboram a compreensão do cuidado mãe canguru como uma tecnologia que não se limita ao âmbito hospitalar, mas que é viável no domicílio, possibilitando a integração do recém-nascido de baixo peso à família e ao seu ambiente social.

Fica expressa nos discursos a forma prazerosa com que as mães recebem o apoio da equipe de saúde, que acaba por preencher uma lacuna deixada pelos familiares. A valoração das mulheres com relação ao trabalho realizado pela equipe de saúde não se restringe ao aspecto técnico-científico da assistência. Elas exaltam também as relações estabelecidas e que fazem parte da tecnologia para o cuidado.

O corpo da mulher é um dos componentes da tecnologia mãe canguru adotada para atender ao recém-nascido prematuro. Um corpo que nutre, aquece e interage com o outro corpo frágil e dependente.

Nesta categoria se faz presente o corpo compreendido por Daolio[14] como uma síntese da cultura, por expressar elementos específicos da sociedade da qual faz parte, e a compreensão de Merhy et al.[15] sobre as diferentes tecnologias envolvidas no trabalho em saúde: leve (relações estabelecidas), leve dura (saberes estrurados) e dura (dos equipamentos, normas e estruturas organizacionais).

Nos discursos, as entrevistadas revelam que, ao entregar seu corpo, a mulher impõe um não atendimento às suas necessidades básicas tornando-o incapaz de atender a todas as demandas do cuidado mãe canguru.

> *"...eu conseguia ficar o dia inteiro fazendo o cuidado canguru. Sem ir ao banheiro, sem tomar água... Eu sei que isso me prejudicou um pouco por causa do leite, né?"(E-14.22)*

O corpo torna-se não somente alienado, mas também ultrajado pelo atendimento precário de suas necessidades. Configura-se como um corpo-instrumento visto desvinculado de sua subjetividade e valorizado por sua potencialidade fisiológica.

A depoente revela a necessidade de um equilíbrio de corpo e espírito. Evidencia ainda os limites impostos pelo seu próprio corpo. Assim, trata-se da compreensão da necessidade de existir uma unidade para potencializar as capacidades da mulher-mãe/mãe canguru, que se manifestam pelo corpo.

O corpo, para uma das depoentes, é uma estrutura que sente e reage às agressões. Mas tem a capacidade de se habituar aos estímulos, agradáveis ou não. Boltansky(16) afirma que uma relação reflexiva com o corpo é pouco compatível com a sua utilização, assim, quanto mais é utilizado, menos atenção ele recebe.

> *"...o corpo da gente acostuma com as coisas boas e com as ruins, né?(...) Acostuma. Normalmente acostuma, mas tem dia que ele parece que reage, começa a doer mais. Tem dia que dói mais."(E-2.54)*

Ao oferecer o corpo, a mulher oferece também sua história pessoal. O bebê torna-se parte da história materna e, nessa interação, vão-se construindo o seu corpo e sua própria história e a tecnologia mãe canguru.

Assim, ao adotar o corpo como tecnologia, deve-se aliar ao conhecimento científico a história de cada uma das mulheres.

A vivência no espaço hospitalar para a realização do cuidado mãe canguru demanda a saída da mulher do espaço privado (domicílio) para o público (hospital). Este novo espaço é por ela visto como necessário, mas também como cerceador da liberdade. Para Reichert & Costa[17] a vivência dos pais no hospital é traumatizante. No caso da mulher pode gerar uma crise existencial que repercute sobre o ser-mãe-no-mundo.

Dentre os sentimentos decorrentes da permanência no hospital, emergiu das entrevistas, com maior ênfase, o cansaço sentido pela prolongada estadia. Evidencia-se, ainda, que ficar no hospital as torna mais vulneráveis a sentir solidão, situação comum, considerando-se que, para contato com os familiares, é necessário que eles alterem sua rotina para visitá-las, ou que elas deixem seu filho para ir ao encontro deles.

O conjunto dos discursos revela que o espaço hospitalar é visto de forma conflituosa e contraditória: fornece condições assistenciais ao filho prematuro, mas estabelece os limites de sua vida social.

Sob outro prisma, esta reclusão é também a possibilidade de um movimento inverso: o retorno mais precoce da mulher-mãe/mãe canguru ao convívio social trazendo seu filho prematuro e a segurança para realizar seus cuidados.

## SÍNTESE – NOVA REALIDADE EM CONSTRUÇÃO

O estudo permitiu uma aproximação da realidade vivida pela mulher durante o período de dedicação ao cuidado mãe canguru, revelando as contradições presentes nessa realidade de múltiplas relações da mulher.

Nos discursos das mulheres entrevistadas ficou expresso o cuidado mãe canguru como uma forma de atenção que envolve o corpo das mulheres e as suas emoções, e que é sentido como seguro, capaz de fortalecer as relações de vínculo e de despertar satisfação na mulher por realizá-lo.

Esta constatação aponta para a compreensão do cuidado mãe canguru como uma forma de atenção também à mulher, que, além de estar envolvida física e emocionalmente, sofre as repercussões desse cuidado.

Nessa perspectiva, os profissionais que atuam na Unidade de Cuidado Mãe Canguru devem estar atentos e instrumentalizados para atender cada uma das partes da díade com suas especificidades, considerando a adequação do cuidado mãe canguru ao recém-nascido prematuro e à mulher-mãe/mãe canguru.

A possibilidade que a mulher-mãe/mãe canguru identifica de aprender a cuidar do bebê, ao realizar o cuidado mãe canguru, aponta para a perspectiva de melhor qualidade de vida para mãe e filho. O recém-nascido tem aqui atendidas suas necessidades e a mulher sente cumprido

o seu papel de mãe, passando a ter condições para ser também mulher, esposa e mãe de outros filhos. Sentir-se capaz de cuidar de seu filho é um aspecto a ser valorizado considerando-se que a mãe será o elo entre o bebê e a sociedade e a principal responsável pelos cuidados a eles dispensados.

O hospital foi evidenciado como um local onde se estabeleceram relações conflituosas, mas também laços de solidariedade, sendo adequado à realização do cuidado mãe canguru, pela possibilidade de dedicação. Pode-se inferir que, nessa fase de transição, ela necessita desvincular-se de suas múltiplas atribuições para fortalecer a dimensão mulher-mãe e o apego.

A equipe multiprofissional ocupa um espaço importante sob a ótica das mulheres, por lhes oferecer apoio diante das dificuldades que se lhe apresentaram ou até mesmo por se colocarem como parceiros da mulher-mãe/mãe canguru ao cumprirem a intensa rotina de cuidados com o bebê.

Um novo olhar sobre essas mulheres revela o que representa para cada uma ser mãe canguru e as repercussões disso no resultado final da aplicação do uso da tecnologia. Na verdade, tem ocorrido a busca desse resultado sem que antes seja feita uma escuta cuidadosa dessa mulher, livre de censuras e preconceitos, para que ela externe seus sonhos, medos, desejos, preocupações e realizações, que são subjetivos, mas indissolúveis do ser mulher e do fenômeno mulher-mãe/mãe canguru.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. UNICEF. Situação da infância brasileira 2001. Brasília, 2001. 159p. (Relatório)

2. Lincetto O, Vos ET, Graca A, Macome C, Tallarico M, Fernandez A. Impact of season and discharge weight on complications and growth of Kangaroo Mother Care treated low birthweight infants in Mozambique. Acta Paediatr. 1998 Apr; 87(4):433-9.

3. Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tamburlini G. Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants. International Network on Kangaroo Mother Care. Acta Paediatr. 1998 Apr;87(4):440-5.

4. Charpak N, Calume ZS, Hamel A. O Método Mãe Canguru. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 1999.

5. Whitelaw A. Kangaroo baby care: just a nice experience or an important advance for preterm infants? Pediatrics 1990; 85: 604-5.

6. Affonso DD, Wahlberg V, Persson B. Exploration of mother's reactions to the kangaroo method of prematurity care. Neonat Netw 1989; 7: 43-51.

7. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. São Paulo: Ática; 1993..

8. Prugh D. Emotional problems of the premature infant's parents. Nurs Outlook 1953; 1: 461

9. Lana APB. O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu; 2001.

10. Klaus MS, Kennell JH, Klaus PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

11. Maldonado MT. Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família. Petrópolis, RJ: Vozes; 1989. v. 2

12. Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa de Calume Z, Charpak Y. Kangaroo Mother versus traditional care for newborn infants £ 2000 grams: a randomized, controlled trial. Pediatrics 1997; 100 (4) : 682-8.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Norma de orientação para a implantação do método canguru. Portaria n. 693, de 5 de julho de 2000. [Acesso em 30 out. 2001]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/programas/scriança/criança/recem.htm.

14. Daolio J. Os significados do corpo na cultura e as implicações para a Educação Física. Rev Mov 1995; .2 (2) apud Barreto DBM. Corporiedade e deficiência: um intróito. Rev Bras Ciên Esp (São Paulo) 1999 set.; 21 (1): 1007-13.

15. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, Organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.113-60.

16. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1989.

17. Reichert APS, Costa SFG. Experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro. João Pessoa: Editora Idéia; 2000.

# A CONSULTA GINECOLÓGICA SOB A ÓTICA DE ADOLESCENTES: UMA ANÁLISE COMPREENSIVA

## GYNECOLOGICAL CONSULTATION FROM THE POINT OF VIEW OF ADOLESCENTS: COMPREHENSIVE ANALYSIS

## LA CONSULTA GINECOLÓGICA DESDE LA PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES: UN ANÁLISIS COMPRENSIVO

Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos[1]
Anézia Moreira Faria Madeira[2]

**RESUMO**
Este estudo teve por objetivo compreender o significado atribuído pelas adolescentes à consulta ginecológica. Para isso, utilizei-me da abordagem fenomenológica, à luz das concepções de Merleau-Ponty. Para a coleta de dados utilizei a entrevista aberta. Os discursos das adolescentes permitiram construir três categorias: "Expressão de Sentimentos", "Cuidado com a Saúde" e "Relação com o Profissional de Saúde", que apontam que fazer a consulta causa constrangimento, pois é preciso falar sobre a intimidade e expor o corpo ao exame. Mas, elas superam tais sentimentos, pois reconhecem que é importante cuidar da saúde.
**Palavras-chave:** Adolescente; Ginecologia; Percepção; Existencialismo.

**ABSTRACT**
The purpose of this study was to understand the meaning given by adolescents to a gynecological consultation. I have used a phenomenological approach, according to the concepts of Merleau-Ponty. Data was collected using an open interview. The discourse of the teenagers allowed me to construct three categories: "Expression of Feelings", "Health Care" and "Relation to the health care professional", which show that the consultation brings about embarrassment for them, because they have to talk about their intimacy and expose their bodies for examination, but they manage to overcome these feelings because they recognize it is important to care for their health.
**Key-words:** Adolescent; Gynecology; Perception; Existentialism

**RESUMEM**
El objetivo de este estudio es comprender el significado atribuido por las adolescentes a la consulta ginecológica. Para ello se ha empleado la fenomenología con los conceptos de Merleau-Ponty y, para la recopilación de datos, la entrevista abierta. Las respuestas de las adolescentes permitieron construir tres (3) categorías: "Expresión de sentimientos", "Cuidado con la Salud" y "Relación con el Profesional de Salud"; señalan que la consulta les da vergüenza pues deben hablar sobre su intimidad y exponer el cuerpo para el examen. Sin embargo, las adolescentes superan tales sentimientos ya que reconocen que es importante cuidar la salud.
**Palavras clave:** Adolescentes; Ginecología; Percepción; Existencialismo

[1] Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Enfermeira supervisora do Hospital Mater Dei, Belo Horizonte/MG - E-mail: selisvane@yahoo.com.br
[2] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Profa. Adjunto da EEUFMG
Endereço para correspondência: Rua Munhoz,125- Bairro Jaraguá – CEP: 31.255-610 – Belo Horizonte/MG tel: 31-3441-7498 - E-mail: *aneziamfm@enf.ufmg.br*

## INTRODUÇÃO

A consulta ginecológica sempre foi algo de grande interesse em minha trajetória como enfermeira. Ao ingressar na vida profissional em uma Unidade de Saúde da Família, comecei a me preocupar com a adolescente na situação da consulta ginecológica, pois, ao desenvolver um trabalho sobre educação em saúde e educação sexual com adolescentes de uma escola da área de abrangência da unidade de saúde em que trabalhava, pude perceber que a maioria das adolescentes mantinha vida sexual ativa, mas não procurava o serviço de saúde para realização da consulta ginecológica, embora soubesse de sua necessidade e importância.

Diante dessa situação, sentia-me preocupada, pois, conforme afirma Veloso[1], quando se é sexualmente ativo, faz-se necessário adotar medidas de proteção à saúde, pois há risco de contrair uma DST (Doença Sexualmente Transmissível), sendo que a maior preocupação atualmente é a AIDS (Adquirid Immuno Deficiency Syndrome). Então, comecei a questionar o real motivo que fazia com que as adolescentes não procurassem o serviço de saúde para se submeterem a consulta ginecológica.

Movida por tal inquietação, surgiram os seguintes questionamentos: Como seria para as adolescentes vivenciar esse momento? Qual a percepção delas acerca da consulta ginecológica? O que significa para elas expor o corpo ao exame ginecológico? O que elas esperam desse tipo de atendimento?

É importante destacar que as mulheres, de um modo geral, lidam com seus ritmos biológicos como fatos de sua intimidade e motivo de vergonha. Além disso, a desinformação sobre o próprio corpo, os preconceitos, os tabus e os medos são fatores que interferem no momento da consulta, dificultando a expressão de problemas e dúvidas. Igualmente na adolescência, acredito que esses fatores estejam presentes e sejam acrescidos dos conflitos próprios das transformações físicas e psicológicas da idade, que podem até afetar o convívio social. Afinal, de acordo com o Ministério da Saúde, a adolescência é um período da vida humana marcado por um rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais.[2]

Devido às peculiaridades próprias dessa fase que caracteriza uma maior vulnerabilidade dos adolescentes à exposição de riscos, a atenção à saúde do adolescente tem, nessas últimas décadas, sido tema de discussão entre os principais segmentos sociais. Afinal, hoje, mais da metade da população mundial tem menos que 25 anos, sendo que 29% se encontra na juventude, compreendida entre 10 e 24 anos de idade. A juventude brasileira representa quase um terço da população total. O Brasil conta com quase 51 milhões de jovens nessa faixa etária.[2]

No que concerne aos agravos à saúde, Ramos et al.[3] mencionam que se observa um crescimento nos índices de contaminação por DST e AIDS, de gravidez na adolescência, abortos, uso de drogas e envolvimento em situações de violência como a sexual.

De acordo com o Ministério da Saúde, grande parte dos adolescentes torna-se sexualmente ativas antes dos 20 anos de idade, geralmente com pouca informação a respeito da sexualidade e da reprodução e não tem acesso fácil aos serviços de saúde, principalmente nas ações de planejamento familiar.[2]

Em decorrência desses fatores, evidencia-se a necessidade de atenção à saúde dos adolescentes, como objeto de intervenção dos serviços de saúde, bem como a efetiva atuação da família e da escola objetivando o desenvolvimento de ações educativas que possibilitem a expressão de dúvidas e ansiedades ante questões sexuais.

A consulta ginecológica como medida preventiva e de manutenção da saúde constitui-se em um momento importante para se desenvolverem ações educativas com relação ao desenvolvimento de uma sexualidade tranqüila e saudável, pois, conforme Reis[4], a consulta ginecológica pode ser de grande utilidade educacional às adolescentes, através de discussões sobre sexualidade, contracepção, gravidez e DST. Entretanto, sabe-se que uma das principais angústias das adolescentes é a necessidade do enfrentamento dessa situação.

Por ser a adolescência uma fase caracterizada por profundas transformações e por ser a adolescente particularmente sensível à sua imagem corporal e à sua sexualidade, é importante que na consulta ginecológica, ela seja examinada com todos os cuidados. Dessa forma, durante a realização do exame ginecológico, o profissional de saúde analisará se será ou não possível realizar todas as etapas, pois "não é obrigatório que se realize um exame ginecológico completo, logo na primeira visita ao ginecologista. A rigor, ele deve ser completo quando a adolescente apresentar vida sexual ativa ou alguma queixa específica".[4]

Segundo Muscari[5], o primeiro exame ginecológico deixa uma impressão duradoura, o que interfere na realização de exames subseqüentes. Portanto, uma experiência positiva poderá encorajar jovens mulheres a retornarem anualmente, dando seguimento ao controle de sua saúde.

De acordo com Takiuti[6], é importante que todos os integrantes da equipe de saúde conheçam as etapas da consulta ginecológica, e que estejam habituados e treinados para atender às adolescentes, a fim de se estabelecer uma relação afetiva, tranqüila e esclarecedora.

No sentido de promover a assistência aos adolescentes, o Ministério da Saúde criou, em 1989, o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), através da Portaria n.º 980, considerando a vulnerabilidade aos agravos à saúde desse grupo populacional e a negligência da atenção dos serviços de saúde.[7]

No entanto, apesar de todo o empenho no sentido de atender ao adolescente em sua integralidade, muitas ações voltadas para a melhoria da saúde do adolescente, até o momento falharam, porque tinham um foco demasiadamente estreito e funcionavam isoladamente umas das outras, resultando na redução de sua eficácia e de sua eficiência. Assim, o que se observa, hoje em dia nos serviços de saúde, é a ausência de implantação de programas voltados para o atendimento dessa clientela.[2]

Ao consultar a literatura sobre a assistência ginecológica prestada à adolescente, não encontrei nenhum tra-

balho que abordasse a percepção das adolescentes sobre a consulta ginecológica. Encontrei estudos que tratam essa temática sob a ótica das mulheres de um modo geral, como por exemplo, o estudo desenvolvido por Carvalho e Furegato[8] sobre a percepção das mulheres acerca da consulta ginecológica. Para as referidas autoras, o exame ginecológico, na perspectiva das mulheres usuárias de um serviço de saúde, não se constitui em um procedimento rotineiro e isento de qualquer problemática, pois reações como medo, vergonha e até repulsa à própria genitália são expressas por elas, além da situação de evitamento do exame.

Camozzato et al.[9], ao realizarem um estudo sobre fatores que determinam a freqüência às consultas ginecológicas, encontraram que, entre as causas mais freqüentes de ausência de acompanhamento ginecológico, estão a falta de uma doença evidente e a vergonha de expor o corpo ao exame ginecológico.

Fonseca e Jesus[10] em um estudo sobre as mulheres e a consulta ginecológica evidenciaram que apesar de as mulheres sentirem medo do exame ginecológico, elas o consideram importante e necessário e esperam encontrar nos serviços de saúde atenção dos profissionais, através de uma interação com estes.

Ao realizar um trabalho sobre o perfil da mulher atendida pela consulta de enfermagem ginecológica dentro do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em uma Unidade Básica de Saúde, no Rio de Janeiro, Gomes et al.[11] descrevem que mais de 90% das mulheres que buscam atendimento ginecológico encontram-se na fase reprodutiva, o que reforça a ideologia da mulher reprodutora. Com relação à faixa etária, o estudo evidenciou que as mulheres iniciaram a atividade sexual na adolescência, com predomínio da faixa etária entre 15 e 19 anos (61,7%). No entanto, apenas 15% dessas adolescentes realizaram a consulta ginecológica. Quanto aos motivos relatados pelas mulheres para irem em busca do atendimento, foi possível constatar que são muito variáveis, com destaque para a necessidade de conversar com um profissional e diminuir dúvidas e angústias com relação a questões como sexualidade, auto-imagem, relação conjugal, entre outras.

Tendo em vista a necessidade expressa pelas mulheres e por não encontrar trabalhos que abordem a percepção das adolescentes com relação à consulta ginecológica, ao ingressar no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, decidi desenvolver esta pesquisa, tendo em vista a possibilidade de aprofundar meus conhecimentos na área de atenção à saúde do adolescente, com ênfase na assistência ginecológica. Além disso, penso que a consulta ginecológica é um momento oportuno para se realizarem ações preventivas, tendo em vista o desenvolvimento de uma vida sexual segura e tranqüila. Portanto, torna-se importante saber o que as adolescentes pensam e sentem sobre esse momento íntimo com o profissional de saúde.

Dar voz às adolescentes e valorizar suas histórias de vida, por meio do significado que atribuem às suas vivências e experiências como explicação de suas atitudes e ações, é o que norteia esta investigação.

Assim, busquei, neste estudo, compreender o significado atribuído pelas adolescentes à consulta ginecológica.

## TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Como enfermeira e pesquisadora, acredito que a vivência da adolescente ao fazer a consulta ginecológica é uma experiência concreta e obscura, necessitando ser desvelada e compreendida. Por assim pensar, elegi a fenomenologia como trajetória de pesquisa, pois seu foco de atenção está direcionado para o fenômeno situado, já que objetivei compreender a experiência vivenciada pelas adolescentes na consulta ginecológica, ou seja, o que significa para elas viver esta situacionalidade. Para fundamentar a análise compreensiva dos discursos utilizei as concepções filosóficas sobre corpo e mundo de Merleau-Ponty, além de autores que trabalham a temática.

Para Merleau-Ponty[12], mundo é o lugar onde me faço presente e é onde se descortinam nossas histórias, ações e decisões. Já o corpo, não é apenas uma justaposição de órgãos. O corpo é um sistema de partes que faz com que eu me posicione no mundo, constituindo um veículo pelo qual nos comunicamos com o mundo.

Participaram deste estudo dezoito adolescentes, com idades entre doze e dezenove anos. Do total, dezesseis eram solteiras e estudantes e apenas duas eram casadas e do lar. Todas eram moradoras da periferia da cidade de Juiz de Fora. Apesar de todas já terem vivenciado a consulta ginecológica, sete delas referiram não ter vida sexual ativa e nunca terem realizado o exame ginecológico e, onze, informaram ter vida sexual ativa e já terem se submetido ao exame ginecológico pelo menos uma vez.

É importante destacar que sete das adolescentes participantes do estudo tinham mais que dezoito anos e, apesar de estarem sem a companhia de um responsável, entrevistei-as, pois segundo o art. 5° do Código Civil "a menoridade cessa aos 18 (dezoito) anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil".[13]

Optei por desenvolver este trabalho no Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente (SASAD), do Instituto da Criança e do Adolescente (ICA) da cidade de Juiz de Fora/MG, pois é um serviço de referência para atendimento ginecológico às adolescentes, que funciona sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura de Juiz de Fora/MG, com ações baseadas no PROSAD.

Antes do processo de coleta de dados, busquei atender às exigências do Conselho Nacional de Saúde, submetendo o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Dessa forma, de posse do parecer favorável à realização da pesquisa, dei início às entrevistas com as adolescentes.

Quando as adolescentes estavam na sala de espera do SASAD aguardando o atendimento ginecológico, aproximava-me delas e de seus responsáveis, e informava-lhes, em linhas gerais, sobre o estudo, seu objetivo e o modo como os dados seriam coletados e as convidava para participar. Caso a adolescente aceitasse em participar do estudo e seu responsável autorizasse, combinava com

ambos que após a realização da consulta ginecológica realizaria a entrevista com a adolescente.

Realizei as entrevistas após as adolescentes terem passado pela consulta ginecológica, visando deixá-las mais à vontade para falar para mim o significado daquele momento, sem, contudo estarem preocupadas com a possibilidade de serem chamadas e perderem o atendimento.

É importante ressaltar que as entrevistas foram realizadas dentro de um consultório do SASAD que se encontrava vazio. Assim, adolescente e seu responsável, que em todos os casos foram as mães, após terem passado pela consulta eram encaminhados a um ambiente restrito onde novamente lhes informava detalhadamente a proposta do estudo e solicitava a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido conforme Resolução 196/96[14] que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos. Feito isso, pedia permissão à mãe para ficar a sós com a adolescente e então, colocava a questão norteadora do estudo: "Conte, para mim, o que é para você se submeter à consulta ginecológica".

As entrevistas gravadas foram transcritas imediatamente após cada encontro com as participantes, conferindo-se a transcrição com a gravação, considerando-se as emoções e as expressões não-verbais manifestadas pelas adolescentes.

Não estabeleci o número de adolescentes a serem entrevistadas. Dei por encerrada a coleta dos depoimentos quando percebi que o sentido das falas começou a se repetir, mostrando a saturação dos dados.

De posse dos relatos das adolescentes, realizei a análise compreensiva. Para isso, fundamentei-me nos momentos de análise propostos por Martins e Bicudo[15], o que me permitiu construir três categorias de análise, que se constituíram na estrutura situada do fenômeno: **Expressão de sentimentos, Cuidado com a saúde e Relação com o profissional de saúde.**

## A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

### Categoria 1- Expressão de sentimentos

Os discursos das adolescentes que confluíram para esta categoria evidenciaram que a consulta ginecológica é vivida por elas como um momento íntimo com o profissional de saúde, em que a necessidade de falar sobre aspectos de sua vida particular e expor o corpo ao exame ginecológico mobiliza a expressão de sentimentos. Portanto, fazer a consulta ginecológica é algo que deixa a adolescente nervosa, ansiosa e com vergonha: "*[...] A gente está acostumada a ir ao médico e ser aquela coisa normal. Quando você vai ao ginecologista, você sabe que é para ver aquela parte assim do organismo feminino mesmo. Então, a gente se sente meio nervosa. Não sei explicar*".

Estar diante da consulta ginecológica, expondo o corpo e a intimidade à intrusão alheia é uma situação que causa constrangimento. Conforme Merleau-Ponty[12], o corpo é um meio de nossa comunicação com o mundo. Nessa perspectiva, eu não sou um objeto ou um resultado da soma das partes isoladas, mas eu sou o meu corpo.

Para as adolescentes, falar sobre sua vida pessoal é uma situação constrangedora, uma vez que, naturalmente, elas não se abrem em suas questões íntimas e têm dificuldade em conversar, mesmo com pessoas de sua confiança, sobre fatos de sua vida pessoal: "*Ah, eu fico um pouco nervosa, porque eu fico com vergonha de conversar sobre algumas coisas. [...] Eu tenho vergonha de falar para uma outra pessoa que a gente não conhece [...] de falar sobre mim [...] Eu sou muito tímida. Eu não sei explicar. Eu me sinto muito sem graça*".

Essa dificuldade em falar sobre seu existir é vivida por elas como o momento mais difícil da consulta. Conforme Madeira[16], o corpo próprio como corpo, inscrustado no mundo, não é um objeto em si, tomado à distância, mas o modo de o sujeito estar presente no mundo. Ele mostra-se através de gestos, linguagem e comportamentos.

Além da vergonha em falar sobre aspectos de sua intimidade, aquelas adolescentes que já tinham se submetido ao exame ginecológico, referiram se sentirem constrangidas durante esse momento e, portanto, mencionam vergonha em expor o corpo ao exame: "*Eu fico com vergonha. Não é vergonha. Sei lá! A gente fica um pouco meio constrangida, porque outra pessoa vai estar vendo a gente. É uma coisa íntima*".

Percebo que os sentimentos que perpassam as falas das adolescentes traduzem a submissão da mulher ao fazer o exame ginecológico, principalmente com relação à desigualdade estabelecida entre profissional de saúde e paciente no que diz respeito à posição em que a mulher fica para ser examinada. Além do mais fazer o exame incomoda: "*Fazer o exame me incomoda um pouco na hora que coloca aquele negócio lá dentro. Quando coloca aquele bico de pato incomoda*".

Nesse sentido, elas temem o momento em que será realizado o exame especular. Deitadas sobre a maca e indefesas, elas esperam com grande temor o momento de introdução do espéculo. Mencionam que o momento é ruim e que incomoda, mas, no entanto, reconhecem que é necessário fazê-lo.

Ao falar sobre o que é para elas se submeterem à consulta ginecológica, elas buscam em experiências passadas como foi vivenciar esse momento e mencionam que a primeira consulta foi pior: "*Quando eu comecei a fazer a consulta, ou seja, na minha primeira vez, eu fiquei com muito medo. [...] Eu fiquei com muito medo porque eu não sabia como que era. Cada um falava uma coisa. Que colocava um negócio dentro da gente tipo bico de pato e depois abria. Eu pensava: Como será que deve ser isso? Hoje já é mais natural, porque eu não venho mais com aquele medo que eu tinha. Eu sei como vai ser. Então, é normal para mim*".

O desconhecimento de como será realizada a consulta faz com que as adolescentes imaginem situações diversas, como retirar a roupa toda durante o exame e como ele será realizado. Assim, elas temem esse momento e se sentem amedrontadas e ansiosas com o que poderá acontecer. Além do mais, conforme Muscari[5], os sentimentos vivenciados pelas mulheres ante a necessidade de se submeter ao exame ginecológico estão relacionados ao fato de que muitas delas têm pouco conhecimento sobre seus corpos e temem que o exame seja doloroso e constrangedor. Além do mais, o nervosismo

e a ansiedade vivenciados durante a consulta ginecológica fazem com que as adolescentes não consigam expressar suas reais necessidades e dúvidas durante a relação com o profissional de saúde: "*Eu tenho muitas dúvidas que dá vontade de perguntar. Mas ao mesmo tempo a gente não consegue falar nada*".

Os sentimentos vivenciados pelas adolescentes fazem com que a imobilização tome conta de seus corpos, a ponto de não conseguirem se expressar. Mais uma vez o corpo fala através do silêncio, da timidez e da vergonha o que se passa com ele.

Essa situação de mutismo parece ser mais difícil quando a adolescente é acompanhada pela mãe, pois, de acordo com Reis[4], quando a mãe é acompanhante, é notável a grande influência que, na maioria das vezes, ela exerce sobre a filha, tanto influências positivas, através do estímulo à filha a ter cuidado com o corpo e com a saúde, quanto influências negativas ao se mostrar repressora, fazendo com que a adolescente se feche cada vez mais em seu casulo existencial. Portanto, com a presença da mãe as adolescentes ficam mais nervosas: "*Eu acho que, às vezes, a médica nem deveria deixar os pais ficarem lá na sala, porque com a minha mãe eu fico mais nervosa. Eu não consigo falar o que eu sinto e que gostaria de falar*".

Mesmo dizendo que sentem nervosismo e vergonha durante realização da consulta ginecológica, as adolescentes demonstram uma preocupação com a manutenção da saúde, o que faz com que procurem o serviço de saúde: "*Eu fico meio nervosa porque não é bom. Mas, também, a gente não pode deixar de fazer, porque você vai descuidar de uma coisa que é importante para nós mesmos. Mas eu me sinto nervosa*".

A consulta é reconhecida pelas adolescentes como algo importante e que não pode deixar de ser feito. Sendo assim, elas enfrentam a vergonha e o nervosismo, pois sabem que é uma forma de cuidar da saúde.

**Categoria 2- Cuidado com a saúde**

O momento da consulta ginecológica é para as adolescentes uma possibilidade de saber sobre seu estado de saúde, exercendo assim um cuidado com seu próprio corpo. Elas suplantam sentimentos como vergonha, ansiedade, medo e nervosismo e se submetem à consulta como forma de cuidar da saúde, pois sabem que esse momento é importante e necessário: "*Eu sinto mais aliviada porque eu vou saber o que eu tenho, porque se eu tiver alguma coisa aí [...] Eu fico mais tranqüila porque eu vou saber o que eu tenho. Eu me sinto bem, vindo aqui*".

Para elas, esse momento causa alívio e tranqüilidade, porque é uma maneira de cuidar do corpo, evitando com isso a ocorrência de doenças. Conforme menciona Merleau-Ponty[12], existir para o ser humano é ser-consciente-no-mundo.

Ao referir preocupação com a condição de saúde, as adolescentes manifestam uma preocupação em se manterem saudáveis; em saber o que têm. Reconhecem que, com a consulta, poderão saber como estão e se algo de errado está acontecendo. Então, esse momento é para elas importante e necessário para cuidar do corpo: "*Para mim, é importante, porque é uma coisa em que a gente fica sabendo sobre o nosso corpo. É uma coisa boa e necessária. [...] é muito importante*".

As falas das adolescentes retratam que o processo de adolescer é vivido por elas como um momento misterioso. O corpo físico, tão valorizado nessa época, é para elas sua forma de ser-no-mundo. Portanto, cuidar do corpo é cuidar do próprio existir. Dessa forma, elas procuram os serviços de saúde para saber como estão e para prevenir algum tipo de doença, explicitando assim um relacionamento significativo consigo mesmas. A consulta ginecológica tem para elas um caráter preventivo, sendo a prevenção de doenças uma forma de cuidar da saúde: "*Para mim é muito bom. É muito bom a gente se cuidar, para não pegar uma doença e para se prevenir, porque tem muitas doenças agora. Então, acho que o melhor é se cuidar mesmo, porque senão [...] É preventivo*".

É relevante ressaltar que duas das adolescentes mencionaram preocupação com a prevenção de gravidez, sendo a consulta ginecológica um momento oportuno para o desenvolvimento de ações de planejamento familiar. Portanto, cuidar da saúde é, também, prevenir uma gravidez não-planejada: "*Eu tenho vergonha, mas tem que deixar a vergonha de lado e entrar com tudo, porque senão pode acontecer alguma coisa grave, como gravidez. E eu não quero isso agora. Uma gravidez indesejada, eu não quero agora*".

De acordo com Camozzato et al.[9], a adolescência é um período propício para fornecer informações sobre o acompanhamento ginecológico e sua importância, uma vez que as adolescentes, de uma maneira geral, têm grande interesse em informações sobre seu corpo, seu desenvolvimento e sua sexualidade.

Nesse contexto, a consulta ginecológica é um momento oportuno para realização de ações que envolvam a prevenção de gravidez, de DST e, principalmente, para obterem informações sobre o exercício da sexualidade de forma saudável, uma vez que as adolescentes têm a consulta como forma de cuidar da saúde. Portanto, cuidar da saúde envolve prevenir doenças e gravidez. E é através do cuidar de si que a adolescente se reconhece como ser-no-mundo e expressa preocupação com o resultado do exame: "*Agora eu quero ver na hora que o resultado do exame chegar. De repente, dá alguma coisa ruim. Eu estou um pouco preocupada*".

Essa fala da adolescente mostra o medo do resultado de exame pela possibilidade de estar com alguma coisa ruim, que possa comprometer sua vida pessoal. O medo, na concepção existencialista, paralisa o corpo e impede que o "ser" viva plenamente seu existir. O medo chega sorrateiramente, materializa-se no seu imaginário e toma conta da sua existência. Assim, sem lhe pedir permissão, vai evoluindo lentamente, petrificando seu corpo, como a neve que paralisa a paisagem.[16]

**Categoria 3- Relação com o profissional de saúde**

Esta categoria abrange os aspectos da consulta ginecológica no que tange à interação entre profissional de saúde e adolescente. Ao buscar o que estava implícito nos depoimentos das adolescentes sobre o significado atribuído por elas a este momento íntimo com o profis-

sional, pude apreender que a possibilidade do diálogo, em uma relação intersubjetiva entre ambos, faz com que as adolescentes se sintam tranqüilas e consigam expressar suas dúvidas e preocupações no momento da consulta. Nesse sentido, a existência do vínculo com o profissional de saúde favorece a espontaneidade e a igualdade entre as partes. Portanto, estabelecer o vínculo é importante: "*E como eu já conheço a médica, eu tenho mais liberdade para perguntar as coisas. Eu sempre só venho com ela. Igual eu falo com as minhas colegas que eu gosto muito de vir. Às vezes eu venho aqui só para tirar dúvidas porque tem coisas que só o médico mesmo pode falar para a gente. Então eu gosto*".

Não obstante, é importante ressaltar que o vínculo entre profissional de saúde e adolescente não se estabelece em um único encontro. Ele vai sendo construído aos poucos, através da interação, por meio da conversa, da escuta e, sobretudo do respeito às diferenças de cada um, em seu modo peculiar de ser, com suas vivências e preocupações.

Lopes et al.[17], ao discutirem sobre o relacionamento entre cliente e profissional de saúde, afirmam que o processo de comunicação deve buscar o outro em sua integralidade, sem esquecer que os gestos, as expressões faciais, o modo de conversar e até mesmo o silêncio podem estar denunciando nervosismo, medo e ansiedade, vividos durante o momento de interação com o profissional de saúde.

Conforme referido pelas adolescentes, a atenção e o apoio recebidos durante a interação com o profissional de saúde favorecem o estabelecimento do vínculo. As adolescentes parecem não se importar com o interrogatório feito pelo profissional de saúde, pois a relação de confiança estabelecida entre ambos minimiza os sentimentos negativos acerca daquele momento: "*A doutora é muito atenciosa. Ela conversa muito comigo. Eu gostaria de continuar com ela. Com ela eu me sinto muito bem. Ela conversa bastante e me faz muitas perguntas. Ela me fala que eu não preciso ter vergonha de falar nada. Eu me sinto bem, como se estivesse na minha casa. Ela é como se fosse minha amiga. Com ela eu tenho um diálogo muito bom*".

Quando se estabelece um clima agradável entre médico e adolescente, esta se sente confortável e aos poucos sua ansiedade diminui, tornando aparente a real queixa que fez com que procurasse aquele tipo de atendimento, ou seja, a verdadeira razão de sua vinda.[4]

No entanto, a realidade nos mostra que a maioria das adolescentes encontra entraves para estabelecer um vínculo com o profissional de saúde, seja por pouca abertura ao diálogo, seja por problemas pessoais e por impedimentos do próprio serviço de saúde como a dificuldade de dar seguimento a consultas subseqüentes com o mesmo profissional. A inexistência de vínculo com o profissional de saúde contribui para que as adolescentes se fechem cada vez mais em suas dúvidas e manifestem dificuldades em realizar a consulta ginecológica: "*Parece que toda vez que a gente vai ao ginecologista é uma médica. E então é aquela coisa, é a primeira médica que você vai*"; "*Nunca tem um médico certo. Se a gente quer um médico certo, a gente leva tempo para conseguir*".

Os dizeres das adolescentes expressam o quanto é difícil para elas conseguir a consulta ginecológica sempre com o mesmo profissional de saúde. Não bastasse o constrangimento em falar sobre sua vida íntima e expor o corpo ao exame preventivo, nem sempre é possível realizar a consulta com o mesmo profissional. Elas temem cada nova consulta, pois sabem que, por se tratar de um novo profissional, este momento será mais difícil. Afinal, ambos não se conhecem. Será sempre um recomeçar.

A dificuldade em realizar a consulta com o mesmo profissional tem como conseqüência a inexistência de vínculo, sendo a relação entre profissional de saúde e adolescente impessoal e permeada pela desconfiança e impossibilidade do diálogo, o que desestimula muitas delas a realizarem regularmente a consulta ginecológica.

Nesse contexto, a realidade aponta que essa situação é mais evidente nos serviços públicos de saúde, em que a mulher tem pouco poder de decisão sobre as ações a ela destinadas. A possibilidade de escolha é muito restrita no tocante às classes populares, ao contrário do que ocorre no campo das consultas particulares, onde a escolha é ampla. Se a paciente não puder optar por sua preferência, poderá deixar de consultar, principalmente, se não existe uma queixa ginecológica que motive a consulta.

Acredito que temos muito que reformular, pois é preciso rever a forma como os serviços de saúde estão estruturando seu funcionamento, para que haja uma maior aproximação das adolescentes com os serviços e, por conseguinte, maior adesão aos programas propostos.

## IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Este trabalho possibilitou-me desvelar uma das facetas do fenômeno estudado. Assim, pude apreender que a consulta ginecológica deve ser um momento de fundamental importância para o desenvolvimento de ações educativas para o cuidado com a saúde, devendo ir ao encontro das expectativas das adolescentes que procuram os serviços de saúde. Afinal, é para elas que as ações de saúde se destinam.

Como enfermeira, apreendo que muitos caminhos se abrem para a atuação da enfermagem no atendimento às adolescentes. Embora, em alguns serviços, a consulta ginecológica seja realizada pelo médico, cabe a nós planejar ações educativas que visem prepará-las para a consulta e para o cuidado com o próprio corpo e com a saúde. E, naqueles serviços como, por exemplo, nas Unidades de Saúde da Família, em que atendemos mulheres e adolescentes em consulta ginecológica de enfermagem para prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, devemos ir ao encontro de suas reais necessidades e expectativas, buscando prestar um atendimento que valorize o ser humano em sua totalidade e, principalmente, em seu modo peculiar de ser e estar no mundo. Assim, proponho com este estudo um novo direcionamento no assistir e ensinar das adolescentes.

A partir da compreensão dos significados atribuídos pelas adolescentes à consulta ginecológica, este estudo aponta caminhos para o desenvolvimento de ações educativas em saúde, tais como, educação sexual e cuidados com a saúde, voltadas para a real necessidade das

adolescentes. Além do mais, traz contribuições acerca do modo de atendimento a essa clientela, uma vez que expressa o significado atribuído pelas adolescentes à consulta, possibilitando aos serviços de saúde adequar os programas públicos voltados às reais necessidades das adolescentes, levando em conta o que pensam e o que sentem.

Há de se destacar ainda que, a partir da realização deste trabalho, foi possível perceber a necessidade de outros estudos que contemplem questões relacionadas ao significado da realização da consulta ginecológica aos olhos dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Veloso CH. Falando sério sobre drogas. [Citado em: 22 set. 2002]. Disponível em: http://www.falandoserio sobre drogas.com.br.

2 - Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Adolescente. Brasília; 2002. [Citado em: 24 maio 2002] Disponível em: http:// www.saude.gov.br.

3 - Ramos FRS, Pereira SM, Rocha CRM. Viver e adolescer com qualidade. In: Associação Brasileira de Enfermagem – Projeto Acolher. Adolescer: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEN; 2001. p.19-32.

4 - Reis JTL. Exame ginecológico da adolescente. In: Maakaroun MF, Souza RP, Cruz AR. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1991.p. 315-20.

5 - Muscari ME. Adolescent health: the first gynecologic exam. AJN 1999 Jan.; 99 (1): 66-7.

6 - Takiuti AD. Programa de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente: uma proposta de trabalho. In: Maakaroun MF, Souza RP, Cruz AR. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1991. p.31-47.

7 – Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 980. Gabinete do Ministro. Brasília, 1989.

8 - Carvalho MLO, Furegato ARF. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. Rev Eletr Enf 2001. [Citado em 19 set. 2002]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista.html

9 - Camozzato A et al. Fatores que determinam a freqüência às consultas ginecológicas: estudo comparativo entre duas classes sócio-econômicas. Rev HCPA 1987 dez.; 7 (3): 133-9.

10 - Fonseca SR, Jesus MCP. As mulheres e a consulta ginecológica para prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Rev. de Atenção Primária à Saúde 2001; (8): 45-51.

11 - Gomes ML, Araújo, LM de, Vargens OM da C. Perfil da mulher atendida pela consulta de enfermagem ginecológica em unidade básica de saúde. Rev Enf UERJ 1998; (2): 349-55.

12 - Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1996.

13 – Brasil. Constituição Federal. Constituição Federal, código civil, código do processo civil. Lei nº 10.406 de 10 de jan. de 2002. 5a ed. rev., atual. ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2003.

14 – Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Decreto nº 93.933 de 14 jan. 1987. Bioética 1996; (4): 15-25.

15 - Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia- Fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 1989.

ß16 - Madeira AMF. Crescer com o filho: a singularidade do adolescer mãe [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1998.

17 - Lopes RLM et al. O exame ginecológico para a prevenção do câncer cérvico-uterino: relações de gênero expressas pela clientela. Rev Bras Cancerol 1999; 45 (4): 35-43.

# ANÁLISE DOS REGISTROS NOS CARTÕES DE PRÉ-NATAL COMO FONTE DE INFORMAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA À MULHER NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

## ANALYSIS OF PRENATAL REGISTRATION CARDS AS A SOURCE OF INFORMATION FOR CONTINUED CARE TO WOMEN DURING PREGNANCY AND DELIVERY

## ANÁLISIS DE REGISTROS EN LAS TARJETAS DE PRENATAL COMO FUENTE DE INFORMACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA A LA MUJER DEL EMBARAZO AL PUERPERIO

Geraldo Mota de Carvalho[1]
Graziela di Folco[2]
Lourdes Marci Reinert de Barros[3]
Miriam Aparecida Barbosa Merighi[4]

**RESUMO**
Este estudo objetivou analisar a qualidade das informações registradas no cartão da gestante durante o pré-natal. Os dados foram coletados em uma maternidade, em São Paulo com 44 puérperas, das quais apenas 43,0% possuíam o cartão. Em 90% desses cartões constavam registros de seis ou mais consultas; em 63%, o nome da gestante correto; em 84% constava a idade; em 31%, o peso; em 68%, a altura uterina e em 37% havia ilegibilidade dos registros. Em todos os cartões havia registro do resultado da tipagem sangüínea, mas em nenhum constava o proctoparasitológico de fezes ou pesquisa de edema. Ressalta-se a necessidade de conscientização dos profissionais pré-natalistas sobre a importância do preenchimento correto e completo do cartão para continuidade da assistência.
**Palavras-chave:** Cuidado Pré-Natal; Puerpério; Enfermagem Obstétrica

**ABSTRACT**
This study intends to analyze the quality of information recorded on the registration cards of pregnant women during prenatal care. The data was collected in a maternity in the city of São Paulo with 44 women who had deliveries, of which only 43% had these cards. On these cards, 90% showed 6 or more consultations; 63% had the woman's name written correctly, 84% included their age, 31% their weight; 68% the height of the uterus and 37% were illegible. On all the cards there was a record of blood type, but none of them had parasite or edema tests. We emphasize the need to make prenatal health professionals aware of the importance of filling out fully and completely the cards for continuous assistance.
**Key words:** Prenatal Care; Puerperium; Obstetrical Nursing.

**RESUMEN**
El objetivo del presente estudio es analizar la calidad de las informaciones en las tarjetas de prenatal. Los datos se recopilaron en una maternidad de San Pablo con 44 puérperas de las cuales sólo 43,0% tenían la tarjeta. En 90,0% de dichas tarjetas constaba registro de 6 ó más consultas; en 63,0% el nombre de la embarazada correcto; en 84,0% la edad; en 31,0% el peso; en 68,0% la altura uterina y en 37,0% registro ilegible. En todas las tarjetas estaba el resultado del tipo de sangre (A, B, O) y del factor Rh, pero en ninguna constaba el análisis de sangre oculta en materia fecal, el parasitológico de materia fecal ni la investigación de edema. Se subraya la necesidad de concienciar a los profesionales de prenatal sobre la importancia de llenar correctamente las tarjetas, con los datos completos, para dar continuidad a la asistencia.
**Palabras clave:** Cuidado Prenatal; Puerperio; Enfermería obstétrica

[1] Enfermeiro. Professor dos Cursos de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem e coordenador do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário São Camilo. Doutorando em Enfermagem da Universidade de São Paulo.
[2] Enfermeira especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário São Camilo.
[3] Enfermeira. Professora do Curso de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo. Coordenadora e professora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário Adventista de São Paulo.
[4] Enfermeira. Professor associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Endereço para correspondência: R. Guiratinga, 931, apto 113, S. Paulo–SP. CEP: 04141-001. Fone:(011) 5779309/ 97876220, e-mail: *mrgem@uol.com.br*

## INTRODUÇÃO

A assistência no período da gravidez e parto inicia-se antes do planejamento da concepção e estende-se além do puerpério. No entanto, poucas mulheres recebem tal assistência, o que se verifica com maior intensidade no pós-parto pela falta de um elo entre a assistência realizada no pré-natal e aquela prestada no período puerperal.

A assistência pré-natal constitui o rol de cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do concepto. Na prática, entretanto, o termo consagrou-se como a orientação e assistência gestacional.[1]

Desse modo, pode ser definida como a atenção médica e de enfermagem que se dá à gestante, desde a concepção até o início do trabalho de parto, sobretudo preventiva e tendo como objetivos identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação e parto; assegurar a boa saúde materna; promover bom desenvolvimento fetal; reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal; preparar o casal para o exercício da paternidade.[2]

O pré-natal é a principal forma de conhecimento materno prévio ao parto e puerpério que possibilita prevenir e detectar alterações da gestação como também tratá-las de modo precoce, diminuindo os danos e perdas à mãe e ao feto.

Trata-se de um atendimento multidisciplinar que objetiva alcançar e manter a integridade das condições de saúde materna e fetal, cujos resultados devem ser avaliados a longo prazo, com a formação de pessoas hígidas, úteis à comunidade e ao país.[3]

Assim, o diagnóstico precoce da gravidez e o conhecimento preciso da idade gestacional são fundamentais para o manejo obstétrico adequado. A assistência, logo após a confirmação diagnóstica, assegurada até a 42ª semana de gestação, é um fator importante para a boa evolução da gravidez.[4]

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 569 de 01/06/2000, recomenda o mínimo de seis consultas, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação.[5]

A freqüência e os procedimentos básicos das consultas dependem do risco específico de cada mulher na gravidez e do plano de ação para cada caso.[4, 5]

Na primeira consulta, constituem atividades imprescindíveis: coleta da história; exame físico geral; exame gineco-obstétrico: inspeção e palpação das mamas, inspeção vulvar, exame especular, medida da altura uterina, ausculta cardiofetal; determinação da idade gestacional; identificação dos fatores de risco; solicitação de alguns testes laboratoriais: hemoglobina (Hb), grupo sangüíneo e fator Rh, sorologia para Lues, urina I, urocultura com antibiograma, glicemia de jejum, colpocitologia oncótica, bacterioscopia do conteúdo vaginal.[2]

Nas consultas subseqüentes, as atividades são: história parcial; exame físico parcial; exame obstétrico: palpação, mensuração da altura uterina, ausculta cardiofetal, confirmação da idade gestacional; toque ginecológico; solicitação de outros testes laboratoriais: hemograma (28ª-32ª semanas), sorologia para Lues (28ª-32ª semanas), Coombs indireto (quando fator Rh materno for negativo e o paterno, positivo), rastreamento para diabetes (28ª-32ª semanas), sorologia para toxoplasmose e sorologia para rubéola. [3, 5, 6]

Além disso, a necessidade dos testes para diagnóstico de Hepatite B, como parte obrigatória dos exames laboratoriais rotineiros, justifica-se por causa da freqüência elevada dessa doença, do risco de contaminação e da possibilidade de prevenção.[3]

As reações sorológicas para diagnóstico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, em locais onde sua incidência é alta, ou diante de fatores individuais de risco, têm requisição obrigatória, ressaltando-se a obrigatoriedade de concordância expressa da grávida para realização do exame.[3]

O cartão da gestante tem sido utilizado como um instrumento da assistência pré-natal; entretanto, para a eficácia de seu uso, o registro de todas as avaliações de forma abrangente e racional é importante por facilitar a comunicação de informações no período do parto. É um elo de comunicação entre as equipes de assistência ambulatorial e hospitalar, visto que os profissionais envolvidos nessa assistência nem sempre são os mesmos. Além disso, trata-se de um instrumento para avaliação e evolução da gravidez.[4, 5]

Na maioria das vezes, o cartão da gestante é o único documento portado pela mulher em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, com registros do acompanhamento do pré-natal para que se possa planejar uma assistência de qualidade.

Visando permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, pela coleta e análise dos dados obtidos em cada encontro, o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra-referência, precisa ser garantido. Para tanto, o cartão de pré-natal deve ser usado como instrumento de registro que deverá permanecer sempre com a gestante.[5]

Reforçando a grande responsabilidade profissional que envolve o preenchimento dos registros no cartão da gestante, salienta-se que não basta o registro banal, descuidado e automatizado dos resultados obtidos. É necessária uma análise crítica desses dados e sua inter-relação com o quadro clínico para que haja adequada interpretação.[3]

A *American Academy of Family Physicians* tem discutido a associação de resultados negativos na gestação, como sendo determinada pelo baixo valor preditivo, aliado à baixa especificidade dos dados registrados nos cartões de pré-natal a cada consulta.[7]

Esta aparente falha na continuidade da assistência motivou-nos a avaliar a qualidade dos registros dos cartões de pré-natal, como fonte de informações à assistência ao parto e período puerperal.

Diante destas considerações, propusemo-nos realizar a presente investigação com o intuito de contribuir para a assistência de qualidade à mulher no período gravídico-puerperal.

## OBJETIVO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a qualidade dos registros nos cartões de pré-natal.

## MATERIAL E MÉTODO

É um estudo exploratório descritivo que foi desenvolvido em uma maternidade privada do município de São Paulo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa dessa entidade.

A pesquisa foi realizada com as mulheres que se encontravam internadas no Alojamento Conjunto da referida maternidade no mês de fevereiro de 2001, a partir do segundo dia de puerpério e que concordaram em participar do estudo por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim sendo, a população compôs-se de 44 puérperas.

O instrumento utilizado para a coleta de dados (Anexo 1) constou de um roteiro baseado nas normas do Ministério da Saúde, no qual eram assinalados em forma de *check-list* as informações registradas nos cartões de pré-natal, registros completos a cada consulta pré-natal, verificação das anotações de doenças preexistentes, da identificação do profissional que anotou os dados nos cartões e da legibilidade dos dados.

Os dados foram colhidos por um dos pesquisadores do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados mostraram que 57,0% das puérperas não possuíam o cartão no momento da verificação dos registros, sendo, portanto, analisados apenas 19 cartões. Tendo em vista a necessidade do uso dos dados registrados, os profissionais devem conscientizar as gestantes da importância da posse e manutenção de seu cartão de pré-natal.

Verificou-se que 90,0% dos cartões analisados continham registros de seis ou mais consultas, e 10% apresentavam registros de uma a duas consultas. Este é um dado bastante animador, pois como comprovaram Hernández e Carrilo[8] um número menor de consultas, com grande intervalo entre elas pode não permitir a detecção de disfunções no organismo da gestante, entre elas a hiperglicemia. Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda que o intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando a avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardiofetais. Recomenda-se que, após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, se deve dar o acompanhamento da gestante, registrando-se os seguintes aspectos: nome, idade, endereço, data da última menstruação, idade gestacional, trimestre em que iniciou o pré-natal, avaliação nutricional.[5]

Essas ações recomendadas pelo Ministério da Saúde são mínimas e essenciais para uma assistência pré-natal adequada e não demandam equipamentos e materiais sofisticados.[9]

Quanto às orientações mencionadas, chama atenção o fato de que em 37,0% dos cartões havia ausência ou incorreção do nome da portadora do cartão e em 16,0% não havia o registro de idade, indícios que apontam, entre outros fatores, a não valorização do cartão de pré-natal pelos profissionais de saúde.

A propedêutica clínica, como passo fundamental no atendimento obstétrico, destaca-se, pois por meio dela o médico e o enfermeiro obstetras têm grande oportunidade de identificar os chamados fatores de risco gestacionais e, entre esses, estão as características biopsicossocioculturais.[3]

Considerando todas as consultas, os registros mais presentes nos cartões foram: os valores da pressão arterial (89,0%), altura uterina e movimentação fetal, ambos em 68,0% dos cartões. Os registros que menos apareceram foram: edema de membros inferiores (100%), freqüência ou pelo menos a presença de batimentos cardiofetais (79,0%) e peso corporal (69,0%).

Em relação aos dados registrados nas primeiras consultas, 100% dos cartões continham registros e resultados de tipagem sangüínea ABO e fator Rh; 84,0%, de glicemia; 95,0% anti-HIV, hematócrito e hemoglobina. Em 90,0% dos casos, não havia registros de anti-HBS; em 74,0% não constavam dados de citologia oncótica, em 58,0% não havia dados sobre imunização e em nenhum cartão havia registro do resultado de exame proctoparasitológico de fezes, embora não seja considerada incomum a ocorrência de verminose em nosso meio.

Na primeira consulta, devem ser feitas: anamnese, o exame físico e gineco-obstétrico, identificação de fatores de risco e requisição de testes laboratoriais.[4, 5, 6]

O estudo de Campos et al.[10] com médicos obstetras, ressalta que os itens por eles considerados mais importantes, em qualquer consulta pré-natal, foram: a evolução de pressão arterial, a data da última menstruação, a idade gestacional, a tipagem sangüínea, a paridade e a altura uterina. Todos estes profissionais referiram preencher o cartão, entretanto 81% o faziam de maneira incompleta. Quanto à confiabilidade das informações contidas no cartão, 54,0% afirmaram que são confiáveis; no entanto, citaram a necessidade de checar algumas com a gestante.

Wildschut et al.[11] mostraram em seu estudo que, também na Holanda, existem variações dos testes laboratoriais e procedimentos rotineiros entre os profissionais que assistem a gestante no pré-natal. Houve consideráveis variações de conduta para glicemia, titulagem para rubéola e avaliação de glicosúria e proteinúria. A medida da pressão arterial e o peso foram os procedimentos pré-natais mais padronizados. As obstetrizes apresentaram uma visão mais otimista do que os médicos a respeito do impacto do cuidado pré-natal sobre a evolução da gravidez.

Tanaka[12] salientou que o pré-natal é uma atividade rotineira, sujeita a simplificações nem sempre desejáveis, e a qualidade com que é realizado pode ser o fator determinante de sua efetividade.

Para o acompanhamento adequado da gravidez, alguns indicadores fazem parte de um protocolo assistencial e encontram-se praticamente em todas as fichas de pré-natal, como o cálculo da idade gestacional, o peso corpo-

ral e o ganho ponderal, a medida da pressão arterial, a medida da altura uterina e a avaliação da vitalidade fetal, além da verificação da presença de edema e sua relação com doenças.[5, 6]

É preciso lembrar que a ausência de registros do peso corporal e da presença ou não de edema que não foram valorizados pelos profissionais que realizaram o pré-natal, podem representar risco gestacional pois se relacionam com Diabetes Mellitus, Desnutrição, Síndromes Hipertensivas, Erros de Metabolismo, entre outras complicações.

Dentre os cartões de pré-natal verificados, 79,0% não continham dados sobre doenças preexistentes ou mesmo anotações de doenças diagnosticadas ou tratadas durante a gravidez atual. A investigação dos problemas atuais e prévios é importante para a avaliação do risco gestacional.([4]

Em relação aos locais de realização das consultas, observa-se que 84,0% foram efetuadas em serviços de atenção básica à saúde; 5,0%, em serviços básicos no Programa Saúde da Família (PSF/Qualis) e 11,0% em clínicas particulares.

Sabe-se que parte das mortes maternas poderia ser evitada com medidas de saúde pública, educação, ação dos cuidados pré-natais e hierarquização dos níveis primários, secundários e terciários do sistema de saúde.[4, 9]

Em seu estudo sobre a assistencia pré-natal, este último autor encontrou uma qualidade sofrível. Mesmo as ações educativas, altamente valorizadas pelos estudiosos como uma das intervenções a serem realizadas com vistas à redução da morbimortalidade, praticamente não foram utilizadas caracterizando a falta de envolvimento dos profissionais na melhoria de condições de saúde das gestantes.

Um bom plano de acompanhamento da gestação inclui atenção aos aspectos emocionais, orientações educacionais relativas à saúde e aos hábitos de vida e preparação para a maternidade, além do diagnóstico e do tratamento de doenças da gravidez, sendo o enfermeiro elemento-chave para a elaboração e realização desse plano de acompanhamento.

A avaliação da saúde em sua totalidade, focalizando os aspectos sociais, psicológicos e terapêuticos requer um sistema multidisciplinar de atendimento, visto que essas questões interagem entre si.[4]

Entre os cartões verificados, 95,0% continham dados anotados por médicos gineco-obstetras e 5,0% por médicos generalistas. As assinaturas ou carimbos contidos em qualquer local do cartão foram consideradas, pois nem sempre se encontravam na coluna destinada para esta finalidade.

Outro fator observado foi a legibilidade dos registros. Quanto a este item, 37,0% foram considerados ilegíveis, pois continham rasuras ou dificuldade para leitura. Vale salientar que se não houver a possibilidade de interpretação dos dados, seu registro será desnecessário.

Estes resultados estão em concordância com um estudo de Campos et al.[10], no qual os autores afirmam haver uma necessidade premente de maior conscientização a respeito da importância do cartão entre os médicos obstetras e as gestantes para que haja aumento da eficácia do instrumento. Estes autores concluíram haver necessidade de um constante reforço aos médicos quanto à importância do preenchimento completo e detalhado, uma vez que os cartões apresentados pelas gestantes na maternidade do estudo encontravam-se preenchidos de forma incompleta e, na maioria dos casos, ilegíveis, levando a baixa confiabilidade, fazendo com que os médicos checassem a veracidade e complementassem as informações com a gestante.

Além das anotações essenciais no cartão de pré-natal, ressalta-se a importância de registrar os dados de exame clínico e resultados de exames laboratoriais e ou de imagem, cuidadosamente em ficha apropriada, arquivada na instituição ou no consultório.[3, 5]

Phipps[13] avaliou o impacto sobre a gestante portar seus registros pré-natais durante a gestação e concluiu que o porte integral de todas as informações de maneira ampliada talvez aumente o potencial para melhorar o nível de comunicação entre os profissionais de saúde e, isto também concede à gestante, um maior senso de compartilhamento e comunicação entre seus familiares. Em estudo semelhante Homer et al.[14] levantaram os seguintes benefícios em relação ao fato de a gestante portar os registros integrais da sua assistência pré-natal: total acesso às informações, tomada de decisão, responsabilidade, poder e controle da situação.

## CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esses resultados, assim como os do estudo de Scochi[15], apontam para a probabilidade de deficiências no atendimento pré-natal.

A maior parte da população estudada compôs-se de puérperas sem o cartão do pré-natal no momento da coleta dos dados. A maioria dos cartões continha registro de seis ou mais consultas, nome completo e ou correto, idade da mulher, a data da última menstruação, resultados da tipagem sangüínea ABO e fator Rh. Observou-se que nos cartões não havia registro de resultado do exame proctoparasitológico de fezes e da pesquisa de edema dos membros inferiores.

Da análise dos registros realizados a cada consulta, percebe-se que os mais anotados foram: pressão arterial, altura uterina e movimentos fetais. Os registros que menos apareceram foram a freqüência ou presença do batimento cardiofetal e o peso corporal. A maioria dos registros dos cartões foi feita por médicos gineco-obstetras, nenhum registro foi realizado por enfermeiros, e uma porcentagem significativa dos cartões estava ilegível.

Apesar do pequeno tamanho amostral, o estudo indicou que os registros nos cartões de pré-natal não foram satisfatórios, não podendo constituírem-se como fonte de informações para a assistência no período gravídico-puerperal. Assim sendo, acredita-se que o objetivo proposto no início do trabalho foi alcançado, uma vez que foi constatado que os registros foram realizados de forma incompleta, prejudicando a continuidade da assistência.

Entre os cartões analisados, havia anotações realizadas por ginecologistas e obstetras e uma pequena porcentagem por médicos de família (do Programa de Saúde

da Família – PSF) que fazem parte de uma equipe de saúde composta também pelo enfermeiro.

Durante a assistência pré-natal, a mulher deveria contar com cuidados e orientações multiprofissionais, entre elas, a do enfermeiro, entretanto, isso não foi constatado na amostra analisada.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº. 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro obstetra.[16] Este profissional tem competência técnica, científica e legal para realizar o acompanhamento de gestantes de baixo risco, ou seja, aquelas que não apresentam intercorrências clínicas ou obstétricas. Ao detectar sinais de anormalidades, ele deve fazer o encaminhamento da gestante ao pré-natal patológico, para que seja acompanhada por um médico.

Os princípios de manejo e condução do pré-natal foram recentemente garantidos à mulher pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº. 569 de 01/06/2000(17), que considera a humanização no pré-natal. Entende-se como humanização a relação de respeito e profissionalismo científico que a equipe multiprofissional estabelece com a mulher durante a gestação.

Percebe-se a falta de um atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal realizado por uma equipe multiprofissional, no qual a avaliação da gestante provavelmente dar-se-ia de maneira mais completa.

Por meio deste estudo, constata-se que os dados foram registrados de forma incompleta, fato esse que mostra a necessidade de uma valorização do registro de informações no cartão da gestante pelos profissionais de saúde que deveriam utilizá-lo como uma fonte de referência de suas clientes às maternidades e hospitais e para seguimento adequado de cada caso.

Os dados completos poderiam contribuir para melhores cuidados e para a continuidade da assistência prestada. Propiciariam, sobretudo, o planejamento de uma assistência de qualidade a ser oferecida a esse tipo de clientela.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Penna LHG, Progianti JM, Correa LM. Enfermagem Obstétrica no acompanhamento pré-natal. R Bras Enf.1999; 52(3): 385-91.

2. Carvalho GM. Enfermagem em obstetrícia. 2ª ed. São Paulo: EPU; 2002.

3. Tedesco JJA. Pré-Natal. In: FEBRASGO.Tratado de obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. Pt. II, cap. 6, p.143-58.

4. Gaio DSM. Acompanhamento da gestação de risco. In: Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Parte III. Assistência a mulher. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.

5. Brasil. Ministério de Saúde. A assistência pré-natal. Manual Técnico. 3ª ed. Brasília; 2000.

6. São Paulo. Secretaria Municipal de São Paulo. Protocolo de Enfermagem: atenção à saúde da mulher. Manual Técnico. São Paulo; 2003.

7. Benzecry R. Mortalidade Materna. In: FEBRASGO.Tratado de obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. Cap. 7, p.159-63.

8. Hernández VM, Carrilo PA. Prenatal control related to the number of consultations as hyperglycemia diagnostic method. Ginecol Obstet Mex. 2002; 70: 592-6.

9. Fernandes RAQ. Estudo da morbimortalidade materna e perinatal e a qualidade da assistência pré-natal. Rev Paul Enf. 2001; 20(2):57-67.

10. Campos JJB, Akatsu AS, Prado ES, Hoyama E, Rodrigues JAM. Cartão da gestante: uma análise sob o ponto de vista dos médicos do município de Londrina. Semina: Cien Biol/Saúde 1996; 17(2): 149-57.

11. Wildschut HIJ. Practice variation of test procedures reportedly use in routine antenatal care in The Netherlands. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999; 78: 27-32.

12. Tanaka AC. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Publica 1989; 23(1):67-75.

13. Phipps H. Carrying their own medical records: the perspective of pregnant women. Aust NZ J Obstet Gynaecol 2001; 41(4):398-401.

14. Homer CS, Davis GK, Everitt LS. The introduction of a woman-held record into a
hospital antenatal clinic: the bring your own records study. Aust NZJ Obstet Gynaecol.
1999; 39(1):54-7.

15. Scochi MJ. Uma proposta para a avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. Acta Scientarium 2002; 24(3):803-9.

16. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP. Documentos básicos de enfermagem. Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2001.

17. Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes-ABENFO. Dispositivos legais relacionados à saúde da mulher e do recém-nascido – Manual. São Paulo: ABENFO-SP; 2002.


## ANEXO 1- INSTRUMENTO: CHECK-LIST DOS CARTÕES DE PRÉ-NATAL

1. Dados de identificação

1.1. Nome Completo: ( ) sim ( ) não

1.2. Idade: ( ) sim ( ) não

2. Número das consultas pré-natais realizadas:

3. Local de realização do pré-natal:

( ) UBS ( ) QUALIS-PSF

( ) bambulatório de hospital

( ) Consultório Particular

**4. REGISTROS COMPLETOS NO CARTÃO PRÉ-NATAL:**

| Itens: | Sim | Não |
|---|---|---|
| Diagnósticos de Normalidade (gestação,paridade, aborto, cesárea) | | |
| DUM (data última menstruação) | | |
| DPP (data provável do parto) | | |
| Tipagem Sangüínea ABO/fator Rh | | |
| Hemograma / Hb e Ht | | |
| Urina I / Urocultura | | |
| Sorologia para HIV | | |
| Sorologia para Hepatite B | | |
| Sorologia para Lues | | |
| Glicemia de jejum | | |
| Proctoparasitológico de fezes | | |
| Citologia oncótica | | |
| Imunizações | | |

**5. REGISTROS COMPLETOS A CADA CONSULTA PRÉ-NATAL QUANTO:**

| Itens: | Sim | Não |
|---|---|---|
| Idade Gestacional | | |
| (P) Peso | | |
| (PA) Pressão Arterial | | |
| (AU) Altura Uterina | | |
| (MF) Movimentos Fetais | | |
| (FCF) Freqüência Cardíaca Fetal | | |
| Edema de membros inferiores | | |
| Apresentação / Posição fetal | | |

6. Anotações de doenças preexistentes: ( ) Sim ( ) Não

7. Profissionais que registraram os dados no cartão de Pré-Natal:

( ) Médico generalista ( ) Médico obstetra

( ) Enfermeiro Generalista ( ) Enfermeiro Obstetra

8. Registros legíveis: ( ) Sim ( ) Não

# O TRABALHO DO GERENTE NO COTIDIANO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE[1]

## THE DAILY WORK OF MANAGERS |IN BASIC HEALTH UNITS

## EL TRABAJO DEL GERENTE EN LO COTIDIANO DE LAS UNIDADES BÁSICAS DE SALUD

Cláudia Maria de Mattos Penna[2]
Marília Alves[3]
Maria José Menezes Brito[4]
Tatiana de Abreu[5]
Cíntia Esteves Soares[5]

**RESUMO**
Estudo qualitativo com objetivo de compreender as atividades desempenhadas pelos gerentes que atuam em UBS de Belo Horizonte. Os dados coletados por entrevista, foram submetidos à análise de discurso e organizados em duas categorias. Revela-se que as atividades inerentes ao cotidiano da gerência se confundem com aquelas próprias da formação básica. O gerente vem aprendendo a trabalhar com a escassez de recursos, mas se sente recompensado com as respostas que consegue dar à comunidade. A gerência incorpora uma gestão delineada por novas demandas que exigem habilidades que vão além das técnico–administrativas em busca de uma assistência mais humanizada.
**Palavras - chave:** Administração de Serviços de Saúde; Gerência; Recursos em Saúde.

**ABSTRACT**
This is a qualitative study to understand the activities carried out by managers of basic health care units in Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. The data collected by interview underwent discourse analysis and were divided into two categories. We found that the activities of the day-to-day work of the managers mix with those of basic qualification. Managers have learned to work with a lack of resources, but feel rewarded with the responses they manage to give to the community. They have had to work facing new demands which require skills that go beyond the technical and administrative in order to provide a more humanized care.
**Key words:** Health Services Administration; Management; Health Resources

**RESUMEN**
El objetivo del presente estudio es comprender las actividades de los gerentes que trabajan en las Unidades Básicas de Salud de Belo Horizonte. Los datos, obtenidos por medio de entrevista, fueron sometidos al análisis del discurso y se organizaron en dos categorías. Revelan que las actividades inherentes a lo cotidiano de la gerencia se confunden con aquéllas propias de la formación básica. El gerente está aprendiendo a trabajar con la falta de recursos y se siente recompensado con las respuestas que logra dar a la comunidad. La gerencia incorpora una gestión delineada por nuevas demandas que exigen, además de habilidades técnico–administrativas, otras que buscan una asistencia más humanizada.
**Palabras clave:** Administración de los Servicios de Salud; Gerencia; Recursos en Salud

1 Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG
[2] Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem; Professora Adjunto I – Escola de Enfermagem / UFMG
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunto IV – Escola de Enfermagem / UFMG
[4] Enfermeira. Doutora em Administração; Professora Adjunto I – Escola de Enfermagem / UFMG
[5] Acadêmicas de Enfermagem – Escola de Enfermagem / UFMG
Endereço para correspondência: Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG

## INTRODUÇÃO

O trabalho gerencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vem passando por várias mudanças desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) determinando um perfil diferenciado para os gerentes cujas atividades se ampliam no dia-a-dia do trabalho. As instâncias decisórias, anteriormente centralizadas, passaram por um processo de descentralização deslocando a resolução dos problemas identificados para os níveis locais, mais próximos dos usuários, aumentando, conseqüentemente, as responsabilidades desses profissionais.

Tais responsabilidades implicam no aprendizado de novos conhecimentos, habilidades, atitudes relacionadas à eficiência administrativa e capacidade de respostas ágeis e eficazes pelos gerentes locais, para um atendimento resolutivo às demandas de saúde da população. A descentralização é uma das principais estratégias de construção do SUS, pois com a municipalização as instâncias de poder locais devem assumir para si a tarefa de construção de um novo modelo assistencial que não deve se restringir às demandas da doença, mas desenvolver ações que melhorem a qualidade de vida e saúde da população.[1] Assim os profissionais que hoje assumem a gerência das UBS necessitam fazer o que sabem e aprender aquilo que ainda não têm habilidades para fazer, o que indica um processo de constante aprendizado e enfrentamento de novos desafios. Eles fazem com que a gerência se torne um instrumento importante para se efetivar políticas, pois ela ao mesmo tempo é condicionante e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços.[2]

Espera-se, portanto, dos profissionais que atuam hoje como gerentes das UBS que, além de suas habilidades peculiares, advindas de sua formação de base e daquelas adquiridas em cursos de capacitação gerencial, tenham flexibilidade para buscar "inovações" e criar soluções para os problemas a partir de sua própria prática cotidiana."A atitude fundamental no processo de identificar inovações é a de manter a crença de que as coisas não são o que parecem, e, por isso, existe uma grande possibilidade de que, na desordem aparente do sistema público de saúde, estejam em desenvolvimento inovações na gestão".[3:197] Inovações são compreendidas "como modos, formas, processos e instrumentos adotados pelos atores / gestores, visando a criar atitudes e modos de pensar que contribuam para o enfrentamento de situações consideradas desfavoráveis".[3:198]

É notório que o setor saúde, tanto público como privado, historicamente se ancorou no preparo técnico dos profissionais voltados para os processos diagnósticos e terapêuticos de doenças, dando pouca ênfase à saúde coletiva e formação de um corpo gerencial. Assim gerentes de diferentes categorias profissionais, foram alocados nas diferentes unidades de saúde de Belo Horizonte sem preparo prévio para a tarefa a ser desempenhada.

Diante dessa realidade, houve investimento, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, no início dos anos noventa, em cursos de capacitação gerencial, como o de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Projeto GERUS / MS / OPAS) e outros de curta duração. Por não se conhecer a real dimensão dos projetos de capacitação em termos da abrangência dos programas, do número de gerentes contemplados, da formação de um exército de reserva para substituições futuras, da incorporação de conhecimentos, atitudes e habilidades para o trabalho comunitário previsto no atual modelo de atenção, realizou-se um estudo com o objetivo de identificar o perfil dos gerentes que atuam nas UBS de Belo Horizonte.[4]

Ao delinear este perfil buscou-se, também, como objetivo compreender as atividades desempenhadas pelos gerentes das UBS e como estes vêm exercendo a gerência no cotidiano dos serviços, sob a ótica dos profissionais, que são descritas e discutidas no presente artigo.

## A NECESSIDADE DE NOVOS ENFOQUES GERENCIAIS PARA O SETOR SAÚDE

Desde os primórdios da civilização, os homens, além de lutarem pela preservação de seu grupo e de sua espécie, buscavam a melhoria de suas condições de vida. A evolução da humanidade, ancorada no desenvolvimento social, político, econômico e intelectual do ser humano, deu origem a uma organização mais elaborada dos grupos, onde se procurava a racionalização e aperfeiçoamento de suas ações, visando maior rendimento e bem-estar. Assim, a sociedade se reuniu, dando origem às organizações, cujas atividades se voltavam para a produção de bens e serviços, sendo que a dependência entre pessoas e organizações era recíproca.[5]

Na sociedade contemporânea, em decorrência das inovações tecnológicas e superação dos modelos de gestão tradicional, as organizações passam por intensas transformações dando origem a novos modos de gestão, visando ao atendimento de uma clientela cada vez mais exigente e à sobrevivência das organizações. Neste contexto, como opção mais adequada aos novos tempos, surge a administração flexível, compreendida como "*o processo de gestão que leva a empresa a adquirir sensibilidade e capacidade de resposta, no curto prazo, para as alterações no ambiente externo...*".[6]

Um outro aspecto importante encontra-se vinculado aos "*particularismos culturais* e *fragmentação organizacionais*",*(7)* onde

> "*... Cada cultura é legitimada por seus próprios princípios. Assim, não há valores administrativos universais, e as empresas e organizações públicas constituem-se de milhares de subculturas legitimadas pelo seu cotidiano. Assim, os pós-modernos defendem normas heterogêneas e consensos locais; propõem o abandono dos grandes discursos filosóficos como base para se definir valores como justiça, liberdade ou verdade. A filosofia pós-moderna aplicada à gestão significa não mais reconhecer princípios de caráter universal ou verdades administrativas. Interessam menos as idéias gerenciais e mais as condições de vida de seus proponentes.*"[7:76]

A "*Sociedade de estilo*" é uma outra característica da proposta gerencial mencionada pelo mesmo autor. Nes-

sa, a desmobilização de pessoas substitui a arregimentação; a multi-especialização e a base em equipe ocupam o espaço da especialização; a flexibilidade e a descentralização derrubam as estruturas e controles rígidos; a submissão é substituída pela responsabilidade e, ao contrário das confidencialidades e comunicações restritas, abre-se o espaço para o alto domínio das informações e habilidades de comunicação de forma ampla e intensa:

> "*...Multiplicidade de procedimentos, flexibilidade estrutural, ambigüidades na definição de tarefas, descentralização de controles, dualidade nas fronteiras de responsabilidade, variação em produtos e serviços, antes considerados inimigos da eficiência, passam a ser a chave do sucesso.*"(7:89)

No setor saúde, o modelo biomédico, hospitalocêntrico, centrado no atendimento individualizado, passa a ser questionado pelo seu alto custo e por não atender às reais necessidades de saúde da população que, muitas vezes, pode ter suas necessidades atendidas com tecnologias de menor complexidade, oferecendo maior cobertura a um custo menor, dando início a intensas discussões sobre a atenção primária, como alternativa, por vários segmentos da sociedade, que vêm ocorrendo desde a década de setenta com o Movimento da Reforma Sanitária.

Os princípios doutrinários de eqüidade, universalidade, integralidade associados aos princípios organizativos de municipalização, descentralização, resolutividade, hierarquização, regionalização e participação popular fundamentam desde o planejamento do setor até o modelo assistencial, ou seja, as ações desenvolvidas junto à população.

Nesta perspectiva, a municipalização como processo de descentralização poderá contribuir para a melhoria da eficácia da gestão pública e para a reconfiguração progressiva do Estado, que passa pela explicitação da missão institucional e reformulação do aparato organizacional.(8)

Assim, a organização dos serviços públicos de saúde, nos grandes municípios, em Distritos Sanitários, deixou de ter apenas o caráter geográfico de divisão setorial de atendimento, para se tornar um espaço onde ocorrem as relações sociais dos atores envolvidos no processo. A gestão dos recursos, anteriormente centralizada, passa a ocorrer no nível local em UBS, Policlínicas, Unidades de pronto Atendimento e Hospitais, numa rede hierarquizada e regionalizada de assistência, atendendo de forma mais próxima os problemas relacionados à saúde dos usuários, inaugurando uma nova fase nas organizações públicas que passa a requerer um novo perfil gerencial.

Nesse novo contexto organizacional destaca-se o gerente como ator essencial na condução dos processos nas unidades assistenciais, pois no desenho de seu papel estão inscritas ações relacionadas ao espaço interno e externo das organizações para atender às demandas de saúde de uma população que, detentora de maiores informações, cada vez mais, passa a fazer novas e maiores exigências. Essas ações não se referem mais apenas ao papel fiscalizador exercido até então, ampliando-se para um efetivo desempenho que vai do gerenciamento de recursos humanos, físicos, materiais e financeiros ao aprimoramento dos sistemas de comunicação e informação intra e interinstitucional.(4)

As reformulações incluem, também, mudanças no processo de trabalho, que passa a ter um caráter interdisciplinar, focalizado no trabalho em equipes e na participação da população no planejamento e controle das ações e na utilização da epidemiologia como ferramenta essencial de trabalho. Essas mudanças exigem novas abordagens gerenciais que, além de conhecimentos técnico-administrativos, implicam em novas habilidades e atitudes dos gerentes.(9)

Nessa perspectiva, o gerente passou a permanecer em tempo integral nas UBS, o município investiu em programas de capacitação gerencial para serviços locais de saúde e o profissional médico, tradicional gerente dos serviços da saúde, em todos os níveis de complexidade, reduz sua participação na gerência das UBS, o que permitiu a ascensão de outros profissionais à gerência, como Enfermeiros, Odontólogos, Farmacêuticos, Assistentes Sociais, entre outros.(4) No entanto, é necessário salientar que,

> "*a mudança organizacional tem um significado diferente para os diversos membros da organização. E isto vai depender da posição que cada um ocupa no espaço organizacional. Mudar significa alterar uma velha ordem, dar uma nova distribuição do poder que foi construído ao longo dos anos na administração pública municipal brasileira, que, antes de privilegiar as necessidades dos cidadãos e seu problemas, organiza-se para atender aos interesses particulares e corporativos.*"(8:18)

Torna-se importante ressaltar que, nas décadas de 80 e 90, a crise econômico-social e política da América Latina, somou-se à de caráter administrativo, agravando os problemas da administração pública, principalmente quanto à má qualidade dos serviços essenciais prestados à população, tais como educação, saúde, habitação e segurança. "Esse contexto evidenciou a deficiência da capacidade administrativa do aparato estatal, deixando clara, então, uma tendência de ruptura com o desgastado modelo administrativo tradicional."(10:79)

Várias iniciativas de preparo gerencial para o setor público foram adotadas como estratégia de Reforma do Estado.(10) Em Belo Horizonte, uma das propostas mais consistentes de preparo gerencial para as UBS foi o Projeto GERUS, cooperação técnica entre Prefeitura de Belo Horizonte, Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, sob a responsabilidade do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Representação do Brasil.

> "*O propósito do curso é contribuir para a qualificação técnico-política de todos aqueles envolvidos com a responsabilidade de operação de estabelecimentos de saúde sem internação. A clientela constitui-se, pois, dos profissionais que ocupam posições de assessoramento, coordenação, chefia de setor ou direção de tais unidades.*"(11)

A partir de então, torna-se claro o reconhecimento da necessidade de profissionalização da gerência dos Ser-

viços de Saúde, visando à eficiência da qualidade da assistência à clientela e à necessidade de visualização das mudanças no entorno das organizações. As ações a serem efetivadas necessitam ser planejadas e os resultados têm de ser concretos. Portanto, as mudanças nas concepções organizacionais e gerenciais, acarretaram a necessidade de significativas modificações no perfil do gerente.

Relacionado ao perfil do gerente, destaca-se a importância da dimensão política da gerência, que, ao ir além da administração dos recursos organizacionais, tem como principal papel traçar políticas e administrá-las. E, ainda "a gerência de políticas implica enfoque estratégico, visão global e perspectiva de longo prazo. Significa, entre outras coisas, não reprimir a incerteza organizacional, mas enfrentá-la..."[12:65]

Nessa perspectiva, todos os gerentes, independentemente da finalidade da organização na qual estejam inseridos,

> *"precisam reunir pessoas, cada uma com um conhecimento diferente, para um desempenho conjunto. Todos necessitam tornar forças humanas produtivas no desempenho e as fraquezas irrelevantes... Para todos eles é imprescindível fixar estratégias, ou seja, os meios através dos quais as metas da organização se transformam em desempenho...Enfim, precisam definir os valores da organização, seu sistema de recompensas e punições, seu espírito e sua cultura. Em todas as organizações, os gerentes necessitam do conhecimento da gerência como trabalho e disciplina e do conhecimento e da compreensão da organização em si — suas finalidades, seus valores, seu ambiente, seus mercados, suas competências essenciais." (*[13:101]

Além disso, há a importância da preparação tecnológica dos gerentes, tornando-os capazes de analisar as características específicas das necessidades tecnológicas de acordo com o contexto. Como elementos importantes na composição do perfil desses profissionais destaca-se a capacidade de liderar democraticamente as organizações e a ênfase no seu componente crítico-criativo, relacionado ao desenvolvimento da inteligência.Assim haverá, nas próximas décadas, somente duas alternativas: ser crítico criativo ou ser ineficiente. Por último, é enfatizada a responsabilidade social e política do gerente com os problemas básicos do seu país, a qual irá depender da sua formação universitária.[12]

## TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O trajeto metodológico escolhido para compreender as atividades desempenhadas pelos gerentes das UBS de Belo Horizonte e a motivação dos mesmos para o trabalho gerencial fundamenta-se nos critérios da pesquisa descritiva, cujo foco essencial reside no desejo de conhecer um determinado agrupamento populacional, com suas características, buscando descrever os fatos e fenômenos da realidade em que está inserido.[14]

Assim, realizou-se um estudo de caso, de natureza qualitativa, que busca retratar a realidade de forma profunda e completa em face da complexidade natural das situações; enfatiza a interpretação do contexto, e o pesquisador deve estar sempre atento aos novos elementos que possam surgir durante o estudo; utilizam-se diversas fontes de informação, dados coletados em diferentes momentos e procura-se representar diferentes pontos de vista presentes na situação social.[15:18]

Com a municipalização da saúde, Belo Horizonte encontra-se subdividida em nove regionais e respectivos Distritos Sanitários: Norte, Nordeste, Leste, Oeste, Noroeste, Centro-Sul, Pampulha, Barreiro e Venda Nova. Cada qual possui unidades distintas de saúde para atendimento da população que mora nos bairros de cada regional.

O presente estudo foi realizado com os gerentes do Distrito Sanitário Noroeste, que compreende uma área de 37,62 km2 e atende a uma população de 331.763 habitantes (Censo 2000), com 19 unidades básicas de saúde, 2 policlínicas, um CERSAM e um Centro de Convivência Bucal, 2 hospitais públicos e um laboratório.[16]

Das dezenove unidades do Distrito Sanitário, foram sujeitos desse estudo quinze gerentes que, após serem informados sobre os objetivos da pesquisa, se dispuseram a participar, sendo-lhes assegurado o anonimato e utilização dos relatos apenas para fins científicos. Estes foram convidados via telefônica e marcado o dia e hora mais acessível para a realização da entrevista, quando então assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos do estudo são 7 enfermeiros, 3 psicólogos, 3 dentistas, 1 médico, 1 assistente social, entre 40 e 50 anos de idade, com média de 5 anos de exercício no cargo de gerência, indicados para o mesmo por seleção ou eleição interna. A maioria relata experiência prática, conhecimento gerencial adquirido na graduação e capacitação pelo GERUS.[4]

Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada, com questões sobre as atividades desenvolvidas e como vêem seu trabalho cotidiano. Essas foram gravadas e transcritas na íntegra sendo submetidas à análise qualitativa, de acordo com os seguintes passos[17]: foram realizadas leituras sistematizadas dos relatos para a ordenação dos dados; identificou-se o "corpus" do estudo, delimitando as categorias centrais, que foram interpretadas quanto aos seus significados e discutidas de acordo com a literatura. No presente trabalho foram delimitadas duas categorias: 1) Planejar, coordenar, supervisionar, avaliar e muito mais...; 2) Aprender a gerenciar a falta no dia-a-dia do serviço.

## O TRABALHO DO GERENTE NO DIA-A-DIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

### Planejar, coordenar, supervisionar, avaliar e muito mais...

A descentralização do setor saúde e a regionalização da atenção aumentaram a responsabilidade dos gerentes das UBS. Diferente do período anterior à implantação do SUS, quando os profissionais eram indicados e, na maioria das vezes, apenas ocupavam o cargo, sem necessariamente exercer a gerência, a atual proposta de gestão exige do gerente o desempenho de atividades internas e externas à unidade de trabalho, sempre compro-

metidos com os resultados.Assim, "entre a definição de valores e regras gerais de funcionamento da rede de serviços de saúde e sua real operacionalização, residem certamente grandes conflitos de interesse que só, ou principalmente, se manifestam quando da decisão se passa para a ação".[18:98] Os entrevistados ao descreverem as atividades afirmam ser muitas e diversificadas:

*(...) todas as funções administrativas, atender o funcionário, atender o usuário, atender o distrito, secretaria de saúde, atender imprensa, tudo. G1*

*(...) tem muita coisa, recursos humanos, material, programação, que é um dos pontos importantes que é o planejamento das atividades na unidade (...). G2*

*Ih, são várias... é planejamento, coordenação das atividades, implemento das ações, avaliação... e junto disso todas as atividades administrativas que são inerentes a função... é uma função muito ampla, quer dizer, é fazer a unidade funcionar. G3*

*Nossa, são tantas... trabalha programação, planejamento, desenvolvimento de trabalho, desenvolvimento de equipes. G7*

*- Nossa! As atividades do gerente hoje são inúmeras (...) Na área administrativa: avaliação de desempenho, controle administrativo de todos os funcionários... e coordenação de todos os programas de saúde da unidade. G12*

Nessa profusão de atividades, a gerência das UBS possui particularidades que a diferenciam de outros setores e estão relacionadas ao seu objeto de trabalho que é a assistência à saúde da população da área adstrita. Nessa assistência é responsabilidade do gerente a "coordenação das atividades" e dos recursos para o atendimento, por meio da "coordenação dos programas de saúde" com o objetivo de "fazer a unidade funcionar". Tais programas são determinados pelo Ministério da Saúde e prevêem ações para grupos específicos, ou seja, Programa da Saúde da Criança, Saúde da Mulher, do Idoso, do Trabalhador, entre outros e, ainda, o Programa da Saúde da Família (PSF).

Para o funcionamento das UBS, hoje, é necessário ultrapassar os limites internos da unidade e que os gerentes assumam e reconheçam o lugar da comunidade, como a seguir:

*Trabalho com a comunidade, com a comissão, participação popular, todo, todo o envolvimento com a comunidade. G7*

*... primeiro o gerente tem um envolvimento com a comunidade. Nós não conseguimos trabalhar em uma unidade de saúde em que a gente pudesse estar caminhando e produzindo alguma coisa que a gente não tivesse uma parceria com a comunidade. (...) eu, no caso, sou membro ativo da comissão local de saúde... e lógico que isso não é uma demanda diária, mas existe... G8*

*(...) acompanhamento e discussões nas reuniões de comissão local de saúde realizada junto com a comunidade. G16*

Ressalta-se a necessidade de "envolvimento com a comunidade", parceria sem a qual não seria possível fazer a unidade funcionar. Os entrevistados assumem a importância do trabalho junto à comunidade, que vai além do atendimento à saúde individual. A participação nos Conselhos Locais de Saúde e o reconhecimento destes como órgãos de decisão da área de adstrição da UBS parece ser uma realidade vivida pelos gerentes. Para que isso seja possível é preciso ir além da dimensão técnico-administrativa:

*(...) se antes a gente tinha um papel administrativo e técnico, hoje a gente tem um outro papel, também, que é político. G12*

*(...) se você pensa que é um trabalho, que você trabalha e vai para casa descansar, não existe isso no Centro de Saúde, (...) Além do seu trabalho de 8 horas tem atividades noturnas, atividades de final de semana. Então tem muito trabalho. G6.*

Destaca-se a importância da dimensão política da gerência atual que, ao ir além da administração dos recursos organizacionais, tem como principal papel traçar políticas e administrá-las, considerando que, "a gerência de políticas implica enfoque estratégico, visão global e perspectiva de longo prazo. (...) A gerência que implementa políticas não olha para trás, mas se orienta no futuro com um enfoque heurístico."[12:78]

Nesse sentido, a dimensão política implica envolvimento. E envolver significa implicar, importar, comprometer[19], o que exige compromisso revelado na redução do tempo de descanso, nas horas trabalhadas além das formais, nas atividades noturnas e de final de semana.

Uma das peculiaridades da gestão em saúde é a formação universitária de base dos gerentes. Geralmente são profissionais de saúde que viram na gerência oportunidade de ascensão na carreira e que aprendem a administrar na prática, sem treinamento, o que, muitas vezes, pode levar a um acúmulo de funções, pois o profissional assume a gerência, mas continua a exercer atividades próprias de sua profissão de origem:

*O gerente assume desde as atividades da área dele, como da categoria profissional (...) G1*

*(...) acho que seria mais essa parte administrativa. E por ser enfermeiro você acaba se envolvendo na rotina do dia-a-dia... então você faz a parte gerencial, mas você fica como a enfermeira da unidade. G9*

*Confuso a gente falar de tanta coisa até porque cada uma de nós que exerce a função de gerente tem uma formação ... uma área diferente de atuação. (...) pelo fato de ser médica eu acabo muitas vezes mesclando os meus papéis, por exemplo hoje não houve clínico de manhã, o que aconteceu? Eu larguei tudo e fui atender, então vou fazer bem feito, eu vou orientar, chamei ambulância, fiz encaminhamento para urgência, telefonei para solicitar consulta... (...) até por falta de funcionário você acaba fazendo o papel de outras pessoas, você acaba acumulando papel (...)G14*

*Tem muitas demandas que chegam no dia-a-dia (...) tem muita coisa que o gerente faz hoje e não precisaria fazer (...) G2.*

Nota-se que, além da função gerencial e aquelas de assistência relacionadas à sua profissão de origem, ele

também atende outras demandas cotidianas e a falta de funcionários faz com que realize várias atividades não previstas em sua função.

Analisando as transformações organizacionais da atualidade e sua repercussão sobre os executivos, verifica-se que esses indivíduos possuem um espaço de tempo muito curto para desempenharem seu próprio trabalho, mas mesmo assim, dedicam-se, excessivamente, à realização dos trabalhos de outras pessoas ou à busca de soluções para problemas alheios. Sendo assim, ressalta-se a importância de que esses executivos saibam concentrar-se nas tarefas fundamentais e de imprescindível realização por eles próprios.[20]

Assim, entre os problemas enfrentados na gerência, a gestão de recursos humanos é explicitada como a que apresenta maior dificuldade. No dia-a-dia de trabalho a gestão de pessoas vai além das tradicionais funções de Recursos Humanos, preocupando-se com questões de relacionamento interpessoal da equipe e desta com a comunidade:

> *A administração de recursos humanos, estar colocando, adequando a área, setores, para ver se temos funcionários com dificuldade de relacionamento, então eu falo que a coisa mais difícil de lidar é com o quadro de recursos humanos. G2*
> *Como cuidar também da qualidade que o serviço prega, da capacitação da pessoa, da sensibilização dessa pessoa, principalmente para a quantidade de mudanças que a gente vem tendo. Cada vez mais mudanças num tempo menor (...)G14.*

Para uma melhor qualidade da assistência diante das mudanças que vêm ocorrendo no setor, que exige hoje inclusive um atendimento humanizado, é necessário preocupar-se com a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde. Para que isso aconteça,

> *...você tem que olhar os funcionários, manter os funcionários coesos (...) Como é que você vai orientar o funcionário? Tem funcionário que é meio teimoso, ele faz as coisas da cabeça dele. Você dá uma ordem, ele pega e faz uma semana, depois passa a fazer da cabeça dele. Você tem que estar sempre policiando... Agora são todos capazes também, mas uns têm dificuldades e dificuldades é o que não falta... G11*

Apesar das atuais tendências da gerência baseadas na flexibilidade e participação e dos avanços já alcançados pelos gerentes das UBS, há aspectos tradicionais da gerência clássica, presentes nos modelos taylorista – fordista, que os gerentes insistem em manter. Assim, atitudes autoritárias, de pouca confiança nos funcionários e que sinalizam falta de investimento nas pessoas para ultrapassar comportamentos indesejáveis são uma constante.

Um outro aspecto importante citado pelos entrevistados, para que a UBS possa funcionar, diz respeito ao planejamento e controle de recursos materiais:

> *(...) a questão da administração do próprio serviço de material, se ta tendo, ta programando material, evitar que falte. G2*
> *(...) questão de materiais e equipamentos. Eu tenho que ter um controle sobre esses materiais, sobre equipamentos. São coisas caras e é patrimônio publico que está na minha responsabilidade. G8*

Sabe-se que a gestão de materiais no setor público é dificultada pela falta de material, obsolescência e pouco controle. O gerente, obrigatoriamente, tem de lidar com essas questões cotidianamente, pois as conseqüências recaem sobre a unidade de trabalho, não descartando a possibilidade de causar danos a clientes e trabalhadores. Por outro lado, há falta de conhecimentos científicos específicos na área de saúde sobre os materiais em uso e sobre a gestão de materiais, que pode restringir a própria função da gestão de materiais, que muitas vezes fica limitada à redução de custos e à provisão de material, sem uma análise pormenorizada da qualidade dos mesmos.[21]

Se de um lado as atividades explicitadas fazem parte do trabalho de qualquer gerência, de outro a particularidade de administrar um serviço de saúde no setor público obriga os gerentes a lidar com as comunidades e a aprender a gerenciar a falta no dia-a-dia.

### Aprender a gerenciar a falta no dia-a-dia

A escassez com a qual se trabalha no cotidiano dos serviços de saúde vai desde a área física até a insatisfação dos profissionais, traduzida em problemas diversos:

> *Insatisfação de funcionários. Hoje tem muito disso, por questões salariais e questões de saúde. Os funcionários chegam com muitos problemas de saúde, muita ausência ao trabalho, muita licença médica, então tem que estar administrando no dia-a-dia. Isso hoje é muito pesado. (...) Sempre falta material também, a prefeitura não comprou ou ta faltando no almoxarifado (...) Falta recursos demais, para você trabalhar ...uma área física e uma manutenção precária, que para você conseguir uma lâmpada que está queimada eles gastam 3 dias para vir trocar, isto é um exemplo. Torneira pingando, reforma para ser feita, não tem verba, tem dificuldade, (...)G2*
> *– A própria condição de trabalho. Estar em um prédio que não é feito para funcionar como Centro de Saúde. Então aqui é o que mais desgasta e causa transtorno para uma série de coisas que você vai fazer com condições inadequadas. Por mais que você tenta adequar, fica cada vez pior... G7*

Historicamente, em Belo Horizonte, os espaços destinados ao funcionamento de algumas UBS são adaptados, ou seja, não foram construídos para tal fim e constituem fatores dificultadores ou que impedem a continuidade dos programas propostos com conseqüências para a qualidade da assistência. Em pesquisa recente sobre UBS do município, os gerentes reafirmam deficiências de espaço físico para atendimento e, até mesmo, ausência de área física para que um determinado profissional possa exercer seu trabalho, cumprindo assim suas responsabilidades.[22] Além disso, houve aumento do número de profissionais nesses espaços e dos atendimentos evidenciando a precariedade da área física disponível.

Se de um lado, as condições físicas e materiais dificultam a qualidade da assistência, de outro, a desmotivação

pelos baixos salários, condições de trabalho e quantitativo de pessoal dificultam o trabalho dos gerentes e representam um fator crítico para atender às demandas. Neste sentido,

> "*...todos reconhecem que o desempenho de qualquer organização depende do seu pessoal. Contudo, medidas concretas e eficazes dificilmente são operacionalizadas, seja por falta ou timidez das decisões políticas, seja por porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes*".(23:295)

Assim, como as deficiências de recursos disponíveis não são de conhecimento da população, o gerente, como elo entre o nível central e a clientela, se vê obrigado a lidar com a falta de compreensão da mesma, que expressa sua insatisfação com o atendimento recebido:

> *Da escassez de recurso... Às vezes, os usuários não entendem muito bem o que é lidar com a falta então isso é difícil (...) é difícil você estar esclarecendo para a população que hoje o serviço público vem muito desgastado. Então por mais que a gente trabalhe com qualidade, com responsabilidade... as pessoas já chegam e entram no serviço esperando o pior e prontos para atacar a qualquer momento. Por mais que a gente faça um trabalho que resgate a qualidade, a gente esbarra na falta, não na incompetência, no trabalho mal feito, mas na falta do recurso mesmo para oferecer e isso é difícil. G3*
>
> *... A falta de recursos... Uma unidade como esta aqui que abre às 7 da manhã e fecha as 19, no meu ponto de vista, a gente precisava estar contando com profissionais durante esse período integral. G8*

Percebe-se, assim, o desgaste do gerente que, apesar de relatar um trabalho realizado com competência, qualidade e responsabilidade, defronta-se com a descrença dos usuários em relação ao atendimento devido à imagem negativa que já possuem do serviço e com a falta de respaldo do nível central na disponibilização dos recursos necessários. No entanto, mesmo reconhecendo essa realidade mostra-se passivo diante da possibilidade de um confronto visando soluções das dificuldades, e sem autonomia para resolvê-las.

É de se esperar, teoricamente, com a descentralização, que o trabalho gerencial dos serviços locais de saúde se tornassem menos burocráticos e possibilitassem maior racionalidade aos processos decisórios, combinando a qualidade dos recursos humanos com a quantidade de recursos materiais e financeiros disponibilizados pelo nível central. "Nesta lógica, deveria existir, principalmente nos serviços públicos estatais, uma clara separação entre órgãos responsáveis pelas escolhas políticas e órgãos responsáveis pelas escolhas técnicas". (3:201)

Nessa perspectiva, a resolutividade das UBS depende do apoio e da inter-relação entre diversos setores, em função do objetivo de oferecer assistência de qualidade aos usuários do sistema. Entretanto, observa-se que a questão da intersetorialidade, presente nos discursos do setor saúde, na prática parece inexistente e causadora de dificuldades:

> *- É ruim quando você aqui não consegue porque outro setor pode estar emperrando alguma coisa. Então tem muita burocracia... então você liga para um lado, liga para outro, então está faltando um ganchinho e não vem resolver o problema... Você pede um armário, não tem. Você precisa de não sei o que, não tem. Ah! Isso não está programado. O que aborrece são essas burocracias e quando outros setores acabam emperrando o seu serviço também, isso é ruim. G9*
>
> *Eu acho que o maior pecado, a maior loucura é a falta de comunicação eficiente entre os diversos níveis da instituição porque não é falta de telefone, fax ou computador. Eu não estou ligada em rede com ninguém, no entanto eu sou capaz de prestar informações em vários níveis para várias pessoas mas isso não é feito por todos. Então você tem duplicação de ação, que vai desde o fato de dois gabinetes da administração regional mandarem para mim o mesmo papel. (...) Nós temos poucos recursos, suados recursos, que a gente não pode jogar fora deste jeito e acho que se a gente consegue dar um passo a frente com a sabedoria que a gente tem com a criatividade que a gente tem, isso eu acho que falta... G14*

A gerência contemporânea tem como fundamento a utilização intensa da comunicação como meio de se evitar a duplicação de esforços, reduzir conflitos e aumentar a eficiência e eficácia na utilização dos recursos disponíveis. O processo comunicativo é primordial para que a intersetorialidade aconteça na prática. No entanto, "*as paredes que separam os setores são paredes de chumbo que devem ser derrubadas pela constituição de um código comunicacional comum*".(24:98)

Os entrevistados se referem, também à necessidade de reorganização do sistema, de criação de vínculos, participação e compromisso:

> *É um descontrole e não é porque nós não temos profissionais, não é porque não temos recurso, não é porque está faltando estrutura financeira, nada disso, estou falando de um modo geral. É por falta de reorganização do sistema, de tudo, sabe? Falta de compromisso, falta vínculo. Não tem compromisso, não tem vínculo, simplesmente colocam as coisas por colocar, sem saber o que precisa. A ponta fica muito distante. Não é escutada. Acho que tem que ouvir mais a ponta, quem está lá, ouvir mais a população(...) Assim é um prédio bonito, é um espaço coberto, bom, mas é todo desarticulado. Não tem fluxo, nem para o trabalhador, nem para o usuário (...) G10*

A proposta de reorganização dos serviços implica, na visão dos entrevistados, planejamento e ações articuladas, com participação dos profissionais que estão na ponta. O compromisso e a formação de vínculos presentes nos discursos do setor saúde são retomados como uma lacuna a ser preenchida.

> *(...) Porque aqui o dia-a-dia é muito duro, sabe? As pessoas procuram a gente, cheias de... Eles acham que a gente tem muita resolutividade, que a gente vai resolver muita coisa para eles, nem sempre a gente consegue fazer isso. Então por mais que a gente tente*

*aliviar, tenta resolver a questão, fica muita coisa a desejar, a gente sabe pelo conhecimento que a gente tem, pela vivência que a gente tem, a gente sabe que poderia ser feito muito mais. E que as coisas não são feitas devido a um descompromisso mesmo das pessoas que estão no comando, que podiam ter uma resolutividade maior (...) G10*

O gerente se ressente por depender de outros níveis para responder às demandas da população. A autonomia limitada faz com que perceba o que deve ser feito sem, no entanto, ter condições para tal. Percebe-se a transferência de responsabilidades para os níveis hierárquicos superiores, com centralização de poder, enquanto os profissionais em contato direto com a clientela têm a responsabilidade pelas ações, mas sem os recursos necessários para tal.

Se por um lado os entrevistados relatam a falta de compromisso do poder central com a disponibilização de recursos para que haja melhor resolutividade, por outro assumem a postura de justificar as decisões, assumindo como "comissão de frente" a responsabilidade perante o usuário, tentando fazer o que pode:

*Eles falam que não, mas funcionário público é um herói, sabe? Porque o objetivo dele é ajudar. A gente tenta ajudar, muitas das vezes a gente tem muitos problemas, muita dificuldade e, dificuldade é o que não falta. Por causa de recurso, recurso financeiro, que todo país está passando por isso. Então a gente aqui é que tem que justificar para o usuário.(...) E a gente tem que justificar sem acusar porque a prefeitura também ela quer fazer, mas também não tem dinheiro, como é que ela vai fazer, ai falta medicamento, ai vem a televisão caindo de pau na gente, né? (...) Isso tudo vai com o tempo, vai se aprimorando. Agora a gente vai apanhando com o tempo também. Que a quantidade de gente nunca que diminui, de usuário sempre aumenta. E a oferta diminui porque aposenta e não repõe o profissional, a gente tem essa dificuldade. G11*

Percebe-se que o gerente, ao assumir o cargo de confiança, se sente responsável pela defesa do sistema embora sua autonomia seja restrita às ações operacionais e sua posição desconfortável diante da clientela. Utiliza o argumento de que o que não está sendo oferecido é justificável, quando se sabe que na esfera das decisões políticas, nem sempre prevalece a otimização dos recursos disponíveis em função da atividade fim. Chama-nos a atenção denominar o funcionário público de herói, quando na realidade a nosso ver significa algo relacionado à abnegação e doação, quando necessitamos de "profissionais" que busquem o aprimoramento próprio para darem respostas que a clientela requer.

No entanto, é importante ressaltar que no contexto brasileiro, apesar dos estudos sobre a gestão na esfera pública, "...há pouca clareza quanto às condições que podem otimizar os recursos existentes e propiciar serviços sociais ao conjunto da população, nos quais se incluem os serviços de saúde, não só em qualidade, mas também em quantidade satisfatória."[3:209]

Os gerentes das UBS parecem convencidos de que o gerenciamento da escassez é algo que faz parte de seu cotidiano e não há como mudar.

*A gente no nível local consegue apesar de... você consegue que a prestação da assistência se realize com qualidade. O que a gente dá conta de fazer, a gente faz bem e isso eu acho importante. O retorno que a gente tem se dá no nível local. Muitas vezes com dificuldades de medicamento, material, equipamento, manutenção com dificuldades você consegue que a prestação da assistência seja boa. G4*

Mesmo com a falta é necessário fazer as coisas acontecerem. Se há compromisso, vínculo, aquilo que se pode fazer tem que ser feito, no mínimo, com qualidade, e os gerentes se apresentam e apresentam a equipe como elementos detentores de competência para que o trabalho aconteça. E, ainda, mesmo diante de carências, escassez e dificuldades, os gerentes das UBS vão enfrentando-as e aprendendo no cotidiano:

*Porque as carências são muitas. (...) considero a equipe muito competente. Principalmente os gerentes, é uma equipe boa de serviço. Não deixa a peteca cair, porque as carências são muitas, todos os setores, todos os lugares que você vai tem dificuldades mil. E é uma equipe que dá o suor mesmo pelo que está fazendo, sabe? G13*

*Trabalhar com o público, tentar no dia-a-dia superar as dificuldades e limitações. G16*

Se descentralização significa fazer as coisas acontecerem mais perto da realidade da população, parece-nos que os gerentes, que deveriam ser conhecedores da situação da população e detentores de grande parcela do poder de decisão, estão atrelados no nível central do município que detém os recursos e o poder de decidir como devem ser alocados. Eles têm se conformado em fazer as UBS funcionarem com grande escassez de recursos fazendo o que podem para a população. Descentralizou-se a responsabilidade pelo trabalho sem a correspondente autonomia para a gestão de recursos, o que limita o raio de ação do gerente que tem o cargo, a responsabilidade, mas pouco poder de decisões em sua área, pois gerencia o trabalho com poucos recursos e muita escassez todo o tempo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A busca da compreensão das atividades desempenhadas pelos gerentes das UBS mostrou que, se de um lado, essas atividades são inerentes ao trabalho gerencial, de outro possui peculiaridades em decorrência do objeto de trabalho, da variedade de profissionais que assumem a gerência e das condições em que o trabalho é realizado.

Os entrevistados explicitam a necessidade de ter envolvimento não só com o trabalho técnico-administrativo na unidade, mas, também, com os aspectos políticos que envolvem contato e interação com a comunidade, o que faz com que busquem uma efetiva participação popular em suas condutas. Relatam, ainda, a importância de uma articulação intersetorial para atender às demandas

visando à resolutividade dos problemas apresentados e à importância do trabalho em equipe.

Apesar da escassez de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros no dia a dia, procuram descobrir novas formas de enfrentamento das situações adversas, acreditando nas possibilidades de mudanças no setor saúde. Dizem-se "heróis" pelo que fazem e esperam que as mudanças necessárias ocorram para que possam oferecer melhor assistência à população, mais humanizada visando melhorias na qualidade de vida dos usuários do sistema.

Portanto, os gerentes das UBS ao adotarem uma forma de gestão delineada por novas demandas, avançam em relação aos modelos de gestão tradicional, incorporando novos conhecimentos, atitudes e habilidades na sua atuação profissional e reconhecendo a importância do usuário, dos profissionais e dos demais setores relacionados com a saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Silva SF. A construção do SUS a partir do município: etapas para a municipalização plena da saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.

2. Campos GW. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um Sistema Público de Saúde. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde: Descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília: UNB; 1992.

3. Melo C, Tanaka OU. O desafio da inovação na gestão em saúde no Brasil: uma nova abordagem teórico-empírica. Rev Adm Pública 2002; 2:195-211.

4. Alves M, Penna CMP, Brito MJM. Gestão das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte: uma análise descritiva do perfil e características dos gerentes. Relatório de Pesquisa, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.

5. Faria JC. Administração: introdução ao estilo. São Paulo: Editora Pioneira; 1994.

6. Medici AC, Silva PLBA. Administração flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão. Rev Adm Pública 1993; 3: 26-36.

7. Motta PR. Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark; 1997.

8. Junqueira AP. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. Rev Adm Pública 1998; 2:11-22.

9. Vidal EM. O novo gerente para as novas tecnologias: a visão de consultores de empresas. Rev Eletrôn Administração, 2:3. 21 dezembro 2002. Disponível em: http://www.ufrgs.br/ufrgs/ peletronicas.html.

10. Souza ECL A capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais. Rev Adm Pública 2002; 1:73-88.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário. Projeto GERUS. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1995.

12. Kliksberg B. A gerência na década de 90. Rev Adm Pública 1988; 1:59-85.

13. Drucker P. Administração em tempos de grandes mudanças. São Paulo: Editora Pioneira; 1997.

14. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas; 1987

15. Ludke M; André MED. Pesquisa em educação: abordagem qualitativa. São Paulo: Editora Paulista Universitária; 1986.

16. Belo Horizonte, MG. Secretária Municipal de Saúde 2003. [Citado em 01 Abril 2003]. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa.

17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

18. Lima CRM. A Avaliação do custo - eficácia das intervenções em organizações de saúde. Rev Adm Emp 1998; 2:89-104. .

19. Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1999.

20. Drucker P. Admirável mundo do conhecimento. HSM Management 1997, 1:63–68. (Entrevistado por José Salibi Neto)

21. Januário LH. Equipos de infusão endovenosa – critérios de seleção utilizados por enfermeiros em um hospital de ensino de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.

22. Sena RR. A gerência em Unidade Básica de Saúde: um desafio para a qualidade da assistência. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003. (Relatório de Pesquisa}

23. Santana JP. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: Brasil. Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas de Saúde do distrito sanitário: Projeto GERUS.. Brasília: Ministério da Saúde; 1995. p.288-301 (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, 5)

24. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.

# O TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## FAMILY HEALTH NURSING FROM THE POINT OF VIEW OF CONSOLIDATING THE SINGLE HEALTH SYSTEM

## EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN SALUD DE LA FAMILIA EN LA PERSPECTIVA DE CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Regina Lucia Herculano Faustino[1]
Maria Julia Barbosa de Moraes[2]
Maria Amélia de Campos Oliveira[3]
Emiko Yoshikawa Egry[4]

**RESUMO**
Estudo exploratório descritivo que visou identificar ações que evidenciem pistas para a definição de um novo saber-fazer em Enfermagem, consoante com a proposta de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF). Apresenta aspectos relativos a práticas assistenciais, de gerenciamento, educativas e perfil profissional que expressam a transformação dos processos de trabalho em Enfermagem. Entre os determinantes dessa mudança identificam-se a visão ampliada do processo saúde-doença, a transformação do perfil profissional, a complementaridade das ações realizadas em equipe multiprofissional e a intersetorialidade, voltada para ações que conduzam à compreensão e respeito à subjetividade e à integralidade da atenção em saúde.
**Palavras-chave:** Processos de Enfermagem; Serviços de Enfermagem; Enfermagem; Prática Profissional.

**ABSTRACT**
This is a descriptive exploratory study to find new know-how in nursing, to be used in the health care provided by the Family Health Program. It includes health care, management, education and professional profile which transform nursing processes. This includes a wider view of the health-sickness process, a transformation of the nursing profile, the interdependence of actions carried out by the multi-professional team and work between different sectors in order to lead to an understanding and a respect to individuals and a holistic approach in health care.
**Key words:** Nursing Process; Nursing Services; Nursing; Professional Practice.

**RESUMEN**
Estudio exploratorio descriptivo con miras a identificar acciones que evidencien pistas para definir un nuevo saber-hacer en Enfermería, acorde a la propuesta de salud del PSF. Presenta aspectos relativos a las prácticas asistenciales, de gerencia, educación y perfil profesional que expresan la transformación de los procesos de trabajo en Enfermería. Entre los determinantes de estos cambios se identificaron la visión ampliada del proceso salud-enfermedad, la transformación del perfil profesional, la complementariedad de las acciones realizadas por el equipo multiprofesional y la intersectorialidad centrada en acciones que lleven a la comprensión y respeto a la subjetividad e integralidad de la atención en salud.
**Palabras clave:** Procesos de Enfermería; Servicios de Enfermería; Enfermería; Práctica Profesional

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP (EE-USP), docente do UNASP na área de Saúde Coletiva .
[2] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EE-USP, docente do UNASP na área de Saúde Coletiva.
[3] Enfermeira. Professora doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EE-USP.
[4] Enfermeira. Professora titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EE-USP.
Endereço para correspondência: Estr. Mina de Ouro, 175 – Itararé – Embu Guaçu – São Paulo

## INTRODUÇÃO

A crise da saúde brasileira tem estimulado a busca de alternativas para promover a mudança do atual modelo assistencial, hospitalocêntrico, focado na doença, altamente especializado e individualista, que tem demonstrado ser incapaz de atender às necessidades de saúde da população e resolver as questões políticas, econômicas e sociais do Sistema Nacional de Saúde.[1] Estratégias para a reorganização das práticas de saúde, como a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF), apresentam-se como prioridade das atuais políticas públicas de saúde e vêm demonstrar a intenção do Estado de voltar a atenção para a família, tendo o domicílio como porta de acesso para as novas práticas assistenciais e a Atenção Básica como locus privilegiado das ações de saúde.[2]

Um dos grandes entraves que os municípios vêm encontrando na implantação do PSF é a ausência de trabalhadores qualificados, especialmente de nível superior, com perfil adequado para a viabilização da proposta. Verifica-se que os profissionais de saúde, formados no modelo especializado, têm dificuldade de visualizar o espaço da família no contexto dos serviços de saúde e compreender a intervenção na saúde das famílias como uma prática profissional concreta, reconhecendo suas potencialidades e limites. Sem essa compreensão, não há como evitar uma série de equívocos e barreiras de comunicação quando se discute a saúde da família com os profissionais da rede ou mesmo com estudantes e estagiários.

Outra preocupação é que a expansão do PSF vem criando novos postos de trabalho, demanda que tem aumentado e que tende a crescer muito nos próximos anos. A cada dia, mais municípios aderem ao Programa e criam postos de trabalhos para profissionais de saúde da família, com salários bastante competitivos.

A reorganização da Atenção Básica, requerida pela estratégia da Saúde da Família, desencadeia um redimensionamento nos postos de trabalho para médicos e enfermeiras especialistas nas diversas áreas, ao mesmo tempo em que demanda uma maior compreensão das questões específicas de atuação nesse novo campo. Tal qualificação necessita ser absorvida tanto nos cursos de graduação como de pós-graduação, apesar da crítica sobre o risco de tornar a Atenção Básica uma especialização.

A mudança nos rumos das atuais políticas de saúde, na tentativa de reorganizar as práticas de atenção à saúde, requer a adoção de novos modelos assistenciais que invertam o foco da atenção, priorizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, em substituição ao atual modelo, que focaliza a doença e prioriza a recuperação, tendo o hospital como instituição responsável pelo cuidado à saúde do indivíduo.[3]

A enfermeira precisa estar preparada para contribuir para a consolidação do SUS por meio da construção de formas flexíveis de organização da assistência que promovam a saúde e previnam a doença e que fortaleçam o trabalho multidisciplinar em equipe. O Programa Saúde da Família apresenta-se como estratégia para o redirecionamento da Atenção Básica, ao ampliar o acesso, criar maior vínculo com a população adscrita e promover maior integração da equipe multiprofisisonal.

Considerando o contexto atual das políticas de saúde, pretende-se neste estudo refletir sobre as novas dimensões da atuação de Enfermagem que se podem identificar no recorte da estratégia de Saúde da Família como modalidade de assistência, que (re)define a prática profissional. Assim sendo, questiona-se quais mudanças nos processos de trabalho de Enfermagem vêm sendo efetivadas em decorrência da implantação do PSF no município de São Paulo.

## BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Este estudo fundamenta-se na concepção teórica do Materialismo Histórico Dialético, por entender que as demandas por mudanças encontram possibilidade de superação na busca das contradições evidenciadas pela reflexão sobre a realidade.

O campo empírico escolhido foi o Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Distrito de Capão Redondo, recortado na singularidade da equipe de enfermeiras de duas Unidades de Saúde da Família (USF), durante o primeiro semestre de 2002. Segundo Minayo(4), o campo de pesquisa é entendido como um espaço ocupado por relações sociais, definindo um recorte espacial da abrangência do objeto de investigação. Esse espaço privilegia as interações dos sujeitos sociais com o pesquisador, resultando na possibilidade de observação da realidade e confronto com os pressupostos teóricos num processo de construção de conhecimentos.

Como instrumento de aproximação da realidade utilizou-se a técnica de grupo focal para a apreensão do discurso coletivo. A inserção no campo da pesquisa deu-se por meio de contatos estabelecidos durante a participação de duas das pesquisadoras no programa de capacitação para equipes do PSF, no mesmo cenário.

O encontro com as enfermeiras ocorreu no próprio local de trabalho dessas, quando foram prestados os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e as condições relacionadas à participação na pesquisa. Depois de obtido o consentimento informado, foi realizado o grupo focal. Participaram nove profissionais, um único do sexo masculino, e duas das pesquisadoras nos papéis de facilitadora e observadora. Os discursos foram registrados através de gravação, seguida da transcrição das fitas, que resultaram em material rico de informações necessárias à efetivação deste estudo.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de discurso preconizada por Fiorin[5], adaptada por Car[6] em que se busca identificar frases temáticas no material empírico. A seguir, tais frases são organizadas em subcategorias e categorias empíricas, que expressam o conteúdo das falas dos sujeitos participantes.

## RESULTADOS

A análise dos discursos dos participantes do grupo focal permitiu identificar frases temáticas que deram origem a doze subcategorias. Ao serem cotejadas com as categorias analíticas correspondentes aos processos de trabalho administrar, ensinar/orientar, cuidar/assistir e pesquisar[7], essas subcategorias conformaram quatro categorias empíricas: ações de gerenciamento, ações

educativas, ações assistenciais e perfil profissional, apresentadas a seguir.

**Ações de gerenciamento**

Esta categoria resultou da agregação das subcategorias: "O gerenciamento das ações na USF", "A nova experiência com PSF", "As mudanças no modelo assistencial" e "A complementaridade das ações em equipe", cotejadas com o Processo de Trabalho Administrar.

**• O gerenciamento das ações na USF**

Os discursos relacionados nesta subcategoria revelaram ações de gerenciamento realizadas na Unidade de Saúde da Família que não estão previstas como função da enfermeira da equipe, mas que surgem como demandas da prática. O gerenciamento da Unidade de Saúde da Família - USF é de responsabilidade de um profissional da rede de saúde municipal indicado pelo Chefe do Distrito de Saúde, que nem sempre consegue encaminhar todas as demandas nessa área. A enfermeira acaba sendo responsabilizada indireta e diretamente por várias ações burocráticas e gerenciais relativas à equipe e até mesmo ao funcionamento da USF. As frases temáticas que revelam essas observações foram: "*o gerenciamento das ações dentro da USF é fundamental*"; "*precisa realmente ter alguma noção de gerenciamento (...) nós estamos em uma parte burocrática, nós estamos no problema do gerenciamento*".

Outra questão relacionada a esta subcategoria e identificada pelas enfermeiras pesquisadas como um entrave na implementação do PSF é a falta de um sistema de referência e contra-referência organizado para o atendimento da comunidade que necessita de encaminhamento para níveis diferenciados da atenção, como evidencia o discurso a seguir: "*a gente está com problema de ponto de referência, de encaminhar paciente... você tem um exame para fazer e não consegue marcar em lugar nenhum*".

Esse fato evidencia a potência do PSF como estratégia não apenas de reorganização da Atenção Básica, mas como fator desencadeante da estruturação dos demais níveis de atenção que, por sua vez, também precisam abrir espaço para ouvir as demandas da Atenção Básica, proporcionando a interação entre os diferentes níveis de atenção em saúde, para o alcance da integralidade.

Na Enfermagem, as dificuldades enfrentadas na implementação do cuidar na saúde da família indicam que a enfermeira necessita participar no planejamento dos serviços de saúde, a fim de organizar a estrutura para o atendimento de Enfermagem. Embora capacitada para o gerenciamento da assistência, a nova prática exige que a enfermeira atue no nível superior da organização do serviço, demandando conhecimentos sobre planejamento em saúde, perfil epidemiológico da comunidade adscrita, bem como um maior aprofundamento nas questões de vigilância epidemiológica.

**• A nova experiência com o PSF**

A atuação no PSF tem evidenciado a necessidade de promover mudanças nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, pois a realidade com a qual estes se deparam é a de problemas cada vez mais complexos que exigem conhecimentos da clínica ampliada, habilidades no relacionamento interpessoal e intersetorial e domínio do instrumental da epidemiologia.

Afirmações como "*a gente tem que tentar chegar o máximo possível dentro da realidade daquela pessoa, daquela residência, daquela rua, daquela micro-área, para poder fazer um trabalho positivo e não negativo*", *ilustram a necessidade de a enfermeira utilizar novos meios e instrumentos para melhor captar os objetos do processo de trabalho, definidos por Peduzzi*[8] *como "as necessidades de saúde, sentidas e trazidas aos serviços pelos sujeitos/usuários, apreendidas e interpretadas tecnicamente pelos sujeitos/agentes do trabalho*". Nesse sentido, a enfermeira deve adotar uma postura reflexiva para organizar suas ações de modo a atender as peculiaridades dos problemas de saúde de cada região.

**• As mudanças no modelo assistencial**

Os trabalhadores inseridos nas equipes de Saúde da Família participam, na primeira etapa de seu processo de educação continuada, de um módulo denominado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS/SP, de Momento I ou Módulo Introdutório, que consiste numa reflexão sobre o atual contexto de saúde e os fundamentos filosóficos que norteiam a proposta do PSF. Assim, mesmo aqueles pouco acostumados a pensar criticamente as questões que envolvem as políticas de saúde e os determinantes de saúde-doença no país são levados a refletir sobre essas questões e tomar posições como sujeitos sociais diretamente responsáveis pelas mudanças na sociedade.

Paralelamente, observa-se que o trabalho no PSF proporciona um nivelamento dos diversos componentes da equipe, sendo que o papel da enfermeira passa a ser de orquestrar a organização das ações a serem desenvolvidas na equipe, ou seja, ela passa a ser a referência para a equipe e para os usuários.

Aliado a isso, verifica-se a compreensão, por parte dos profissionais pesquisados, de que a prática em saúde integra o conjunto das ações necessárias para efetivar a mudança social, o que é revelado nas seguintes afirmações: "*Porque nosso modelo agora é transformar, é o que nós devemos fazer, mudar esse modelo curativo da medicina, para a medicina preventiva....*"; "*O nosso cuidar agora é preventivo, antes era curativo, nós aprendemos o cuidar curativo...*"

Essas frases evidenciam que as enfermeiras que participaram do estudo visualizam a necessidade de mudança do foco assistencial, do curativo para o preventivo, incorporando e defendendo este último como prioridade na sua atuação. Novamente constata-se o potencial do PSF como ferramenta de transformação do modelo assistencial vigente.

**• A complementaridade das ações em equipe**

A noção de multiprofissionalidade, definida por Peduzzi[8] como "*a integração das distintas categorias profissionais na operação concreta do trabalho*", representa a necessidade, expressa pela enfermeira, da intervenção conjunta de outros profissionais na abordagem familiar, como mostram as frases a seguir:

> "*no dia a dia nos faltam ainda algumas bases de apoio [grifo nosso]... nós precisamos que o PSF contrate psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, porque nós não podemos fazer esse trabalho sozinhos*"; "*nós vamos trabalhar em equipe... são grupos de várias categorias... para estar aglutinando a própria equipe*"; "*a gente acaba tendo problemas na comunicação...*"

Nessas falas percebe-se que o processo de trabalho em saúde, baseado na hegemonia de um profissional, não atende às exigências da complexidade do trabalho em Saúde da Família. Ao contrário, exige-se cada vez mais uma equipe ampliada, na retaguarda da unidade, para dar resposta aos problemas de saúde identificados.

Outro aspecto recortado na singularidade dessa subcategoria expressa, de modo enfático, as questões que envolvem as relações da enfermeira com as demais equipes de Saúde da Família e funcionários (chefia, auxiliares administrativos etc), que trabalham na Unidade de Saúde da Família: "*eu acho que são falhas da comunicação que o próprio serviço tem de maneira geral... eu acho que é uma coisa que atrapalha muito, emperra muito o trabalho em SF, que é todo falado, o tempo todo você fala...*"

A fragmentação das ações ainda permanece como uma questão a ser superada, pois as equipes transformaram-se em unidades autônomas dentro da USF e, na maioria das vezes, não conseguem trabalhar de forma integrada, com otimização dos recursos. Defende-se que essa função catalizadora deve ser exercida pela gerência da USF, que deve estar totalmente inserida na proposta do Programa e conhecer a realidade de cada equipe.

**Ações educativas**

Nessa categoria empírica foram reunidas as subcategorias "A enfermeira educadora" e "A comunicação da enfermeira", revelando as dimensões educativas que caracterizam o trabalho da enfermeira em Saúde da Família.

**• A enfermeira educadora**

A dimensão educativa foi apresentada como a essência da nova prática assistencial, destacando a importância deste aspecto na formação da enfermeira e na educação permanente, tal como revelam os discursos a seguir:

> "*...o papel de educador é primordial, é a base do trabalho no PSF*"; "*uma coisa básica que a enfermeira tem que ter é o papel de educador*"; "*o enfoque do PSF é a educação em saúde, eu acho que nós deixamos muito a desejar, primeiro pela própria formação da enfermeira, que visa mais uma formação técnica; são poucos que se direcionam para a escola...*"; "*ensinar a gente, aprender a ensinar o povo a comer as coisas que têm mais nutrientes...*"

Apesar de a enfermeira ser reconhecida como a profissional da equipe de saúde mais preparada, na sua formação, para atuar na educação em saúde, os discursos revelam que as profissionais ainda não se consideram aptas para agir eficazmente nessa atividade. Identificam deficiências na formação técnica que prioriza o preparo para a assistência curativa, em detrimento da qualificação necessária para atuar na Atenção Básica. Fica evidente que a escola necessita rever o perfil da profissional enfermeira, a fim de prepará-la para atuar adequadamente na promoção de saúde.

**• A comunicação da enfermeira**

A demanda por uma competência relacional, identificada nas questões que dizem respeito aos diferentes tipos de interações estabelecidas entre a enfermeira e os diversos atores do processo de trabalho em saúde da família, é expressa nesses discursos:

> "*...a gente acaba tendo problema na comunicação*"; "*a gente tá lidando com pessoas simples, pessoas que muitas vezes passam até fome;* "*aquela coisa da orientação do paciente, eu sinto muita necessidade disso...*";"*uma coisa muito preocupante é a questão de sua relação com a polícia, com a distribuição de drogas, com a violência*" .

Outro aspecto que emerge com muito vigor nos discursos refere-se à urgência de habilitar a enfermeira no trato das relações humanas, seja na graduação ou na educação permanente em saúde. Nos ambientes de saúde convencionais, os profissionais estão amparados pelo aparato legal que normatiza tanto os procedimentos como as relações de trabalho. Já no âmbito da Saúde da Família, o profissional tem que se adaptar às normas sociais que regem cada comunidade, dependendo da dinâmica social ali instalada, o que provoca insegurança, medo e constante conflito entre suas concepções éticas e morais e o contexto que vivencia.

O enfrentamento dessas situações exige da enfermeira uma gama de saberes a serem mobilizados para a aquisição das competências necessárias para atuar nesse quadro social.

**Ações assistenciais**

Esta categoria empírica relacionada com o Processo de Trabalho Cuidar/Assistir foi composta pelas subcategorias: "A enfermeira cuidadora" e "A enfermeira sanitarista".

**• A enfermeira cuidadora**

Esta dimensão aborda a vivência das enfermeiras na realização das novas práticas que configuram o trabalho no PSF e revela as mais variadas formas do cuidar. A enfermeira que trabalha em Saúde da Família necessita de instrumentos para intervir sistematicamente nos problemas de saúde existentes na população, como se percebe nos discursos:

> "*Aprender usar os chás... terapêuticas alternativas naturais...*"; *nós estamos tentando montar planejamento familiar, atendimento da gestante, saúde da mulher, puericultura, idosos, hipertensos, diabéticos, nós estamos sentindo que não estamos alcançando...*; "*sinto muita necessidade de estar me reciclando, tudo.. aquela coisa do processo de Enfermagem, na abordagem do paciente, alternativas para trabalhar com esse paciente, alternativas terapêuticas mesmo...*".

A partir dessas falas fica evidente a superação da visão equivocada de que a atuação na Atenção Básica não requer o domínio de conhecimentos múltiplos e aprofundados, que caracterizavam a assistência de Enfermagem nos demais níveis de assistência. Os problemas enfrentados nesse nível de atuação demandam uma mudança no foco do objeto do cuidado, que passa do corpo físico para o ser social; do domínio de técnicas para o processual; das práticas tradicionais para as alternativas, respeitando as questões culturais; de uma atuação prescritiva para uma prática de negociação; de uma postura coercitiva para uma valorização da opinião e participação do usuário na condução das suas questões de saúde.

**• A enfermeira sanitarista**

A análise dos discursos revelou uma reflexão importante quanto à necessidade de o profissional de saúde da família usar todas as suas habilidades e saberes para a consolidação desta proposta: "*nós temos que adaptar nosso conhecimento científico, técnico, teórico, experiência profissional, nosso saber, nosso ser... é o que nós devemos fazer agora, diante da situação que nós temos...*"

Esse discurso evidencia o reconhecimento de que a enfermeira deve desenvolver competências diante dessa nova situação-problema. Para tanto, precisa mobilizar todos os saberes que possui, para intervir adequadamente na condução dos problemas, cumprindo seu compromisso como agente social e garantindo um novo espaço de atuação da Enfermagem.

Revela ainda a necessidade de uma formação que enfoque a Atenção Básica como uma dimensão importante das intervenções de Enfermagem, dimensão esta que, segundo as enfermeiras pesquisadas, é pouco enfatizada na graduação, como se pode perceber nas falas a seguir:

> "*...não me sinto tão preparado em zoonoses e epidemiologia quanto eu acho que preciso hoje...*"; "*conhecer as doenças de notificação compulsória, para poder estar orientando e encaminhando essas situações...*"; "*o nosso cuidar agora é preventivo... antes era curativo, nós aprendemos o cuidar curativo... saúde pública nas faculdades é dado muito... é período, carga horária curta, estágio reduzido, não se sabe nada de saúde pública...*".

As enfermeiras referem despreparo para intervir nas questões elementares da Atenção Básica e exigem que a escola proporcione esse aprendizado.

**Perfil profissional**

Esta categoria apresenta o tema relativo ao (des)preparo da enfermeira para intervir, com competência, nas questões sociais identificadas na sua nova prática, ou seja, como fazer para que o processo de trabalho alcance a dimensão intersubjetiva nos contatos estabelecidos. Essas questões vêm expressas nas subcategorias empíricas: "Insegurança diante do novo", "Preparo Emocional", "Adaptação à nova Prática" e "Visão Política".

**• Insegurança diante do novo**

Os discursos revelam a necessidade de buscar soluções para os conflitos gerados pelo constante enfrentamento do novo: "*a gente está fazendo um trabalho que é novo para todo mundo, que a gente não conhece e que a gente precisa saber...*";"*eu sinto uma grande necessidade de conhecimento teórico, de todas as áreas, saber mais profundamente...*"; "*a gente se pega com calças curtas de saber realmente quais são nossas ações específicas..*"; "*são coisas assim que a gente não sabe direito como agir...*".

Intervir nesse nível de complexidade requer ações multiprofissionais e intersetoriais que promovam a interação dos diversos sujeitos e segmentos sociais. Os discursos reiteram a necessidade de definição do *corpus* de atuação da enfermeira na equipe de SF, estabelecendo a especificidade de suas ações, seus limites e possibilidades de intervenção e de autonomia, a fim de diminuir a insegurança que é inerente dos processos de trabalho complementares e que lida com o novo a cada dia, diferindo do trabalho pautado nas ações programáticas, por exemplo.

O desconhecimento inicial da comunidade sobre a proposta do PSF e o contexto social em que as equipes estão inseridas constituem obstáculos que, de alguma forma, têm atrapalhado o trabalho das equipes no enfrentamento inevitável da desestruturação social:

> "*Temos um porém muito grave, que é a violência... então isso também nos deixa um pouco assustados.*"; "*Ontem quando a gente estava prestes a sair, chegou um comunicado que nós não poderíamos fazer a visita na residência porque as pessoas que haviam assaltado já haviam ameaçado a senhora, porque ela tinha trazido isso para nosso conhecimento... Então, o que eu fiz, eu recuei... não sei como eu, enquanto enfermeira do programa de saúde da família, devo agir.*"

Observa-se ainda a necessidade de capacitação dos profissionais de Enfermagem com um instrumental próprio para lidar com as questões emocionais, técnicas e sociais, bem como de um acompanhamento contínuo por meio de um processo de avaliação e reflexão acerca das decisões tomadas diante das situações inusitadas.

**• Preparo Emocional**

Diante desse novo desafio, os profissionais referem muita ansiedade e até angústia: "*você fica numa situação delicada, você não tem como agir...*"; "*eu me sinto angustiada muitas vezes com esse novo que apareceu... porque eu vou na casa das pessoas, vejo algumas coisas e sei do limite que eu estou, e o que eu vou fazer agora...*"

Mais uma vez fica evidente o anseio das profissionais por um suporte da estrutura técnico-administrativa dos serviços de saúde para ajudá-las a conduzir as situações-limite enfrentadas no seu cotidiano de trabalho. Acredita-se que a escola possui uma parcela de responsabilidade nesse sentido, uma vez que a formação preconiza que a enfermeira responda prontamente às diferentes situações enfrentadas.

**• Adaptação à nova prática**

Uma das grandes conquistas do PSF é o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade de sua área de abrangência. No entanto, isso traz uma dupla dimensão, com aspectos positivos e negativos que precisam ser aprofundados a fim de alcançar a superação em busca de uma relação construtiva.

Esta subcategoria apresenta as relações e sentimentos da enfermeira ao lidar com esse novo objeto de trabalho: "*aqui a tendência é cada vez se aprofundar no vínculo e como lidar com esses vínculos, como determinar limites para que não comecem a bater lá na porta da sua casa... então esse vínculo eu acho que a gente não está preparado para lidar com ele*".

Essa fala evidencia que as questões envolvidas no trabalho em Saúde da Família extrapolam os limites da técnica e aprofundam-se em dimensões que exigem do profissional um melhor preparo para atuar como sujeito (ou promotor) da transformação social. Ainda assim, há avanços no trabalho com a comunidade, tal como demonstram os discursos a seguir:

> "*eu acho que apesar disso tudo, dos questionamentos, a gente tem boas respostas... fiz um vínculo muito bom*

*com a família... mas isso foi uma conquista"; "encaminhamentos, visitas, retornos, curativo de uma lesão que já está diminuindo, que você está tratando... são retornos positivos das nossas ações... gestante que você atende, que você consegue ver que foi conduzido o caso..."*

Acredita-se que essa relação de confiança, de estabelecimento de referência da comunidade em relação à sua equipe é um dos mais poderosos benefícios advindos dessa nova prática assistencial. Trata-se, na verdade, do resgate de uma relação que havia sido perdida em função do desmonte sofrido pelos serviços de saúde no nível da Atenção Básica, fazendo com que a comunidade desacreditasse completamente da resolubilidade das ações de saúde realizadas nas UBS.

**• A Enfermagem como prática social**

Essa subcategoria identifica aspectos do trabalho de Enfermagem que não são visualizados pela maioria dos profissionais enfermeiros que atuam na atenção curativa. A ausência de reflexão política e da visualização da Enfermagem como prática social transformadora tem sido objeto de análise e bandeira de luta da Enfermagem atual, como pode ser evidenciado nos discursos a seguir:

*"senão a gente continua a vida inteira curando, apenas curando, nunca fazendo a prevenção..."; "porque nosso modelo agora é transformar, é o que nós devemos fazer, mudar esse modelo curativo da medicina para a medicina preventiva..."*

As falas revelam a consciência crítica e o envolvimento da enfermeira que trabalha em Saúde da Família na mudança de prática assistencial e na conseqüente transformação que se pretende na sociedade. Essa postura política, apesar de necessitar ser exercitada cada vez mais, já revela uma profissional que se entende agente social e sujeito da história.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos na análise dos discursos dos sujeitos pesquisados indicam que no processo de trabalho em Saúde da Família são evidenciados vários aspectos que precisam ser trabalhados na formação, com vistas à quebra do atual paradigma de atenção à saúde. Esses acréscimos precisam ser focalizados na formação permanente das equipes, a fim de preencher as lacunas deixadas pela formação e pela vivência numa outra lógica assistencial.

Percebe-se um movimento de transformação da prática assistencial que advém da visão ampliada das estruturas determinantes do processo saúde-doença, da transformação do perfil profissional, da complementaridade das ações realizadas em equipe multiprofissional e da intersetorialidade, voltado para ações que conduzam à compreensão e respeito à subjetividade e à integralidade da atenção em saúde.

A despeito da especificidade do trabalho em Saúde da Família, verifica-se que são mantidos os processos de trabalho básicos da Enfermagem: assistir, ensinar e administrar. No entanto, a possibilidade de mudança reside na compreensão ampliada dos elementos constitutivos de tais processos, quais sejam, objeto, instrumentos e finalidade. Essa abordagem diferenciada justifica-se pela singularidade do trabalho em Saúde da Família que toma a família como objeto privilegiado da intervenção em saúde.

No marco da determinação social do processo saúde-doença, os indivíduos e suas famílias conformam a dimensão singular da realidade que, por sua vez, articula-se à dimensão particular, relativa aos processos de produção e reprodução social dos distintos grupos sociais, e à dimensão estrutural, relativa à estrutura da sociedade.[9]

Quanto ao processo de trabalho pesquisar, na realidade estudada, não se perceberam indícios de ações da Enfermagem em Saúde da Família, talvez em função de estar no início do processo de implantação do PSF nesse distrito.

Espera-se que estas reflexões possam orientar a construção de um novo projeto de formação profissional, voltado para uma lógica de aproximação do aporte teórico apreendido nos bancos da escola, com a realidade que a enfermeira vai encontrar em seus postos de trabalho, neste novo campo de atuação. O trabalho em Saúde da Família revela-se como opção privilegiada para a integralidade do cuidar. O ensino orientado pelos princípios filosóficos do SUS emerge como caminho a ser desbravado pela Enfermagem.

No entendimento de que a realidade é dinâmica e as transformações ocorrem a partir dos acúmulos quantitativos revelados em um determinado fenômeno, emergiram deste estudo algumas questões que poderão nortear novas reflexões sobre o tema, apresentadas a seguir:

• Quais contribuições as instâncias formadoras poderiam oferecer para atender às demandas surgidas dessa nova prática assistencial da Enfermagem?

• Que acréscimos precisam ser incorporados à formação e à educação permanente dos trabalhadores da Enfermagem, em particular da enfermeira, a fim de qualificá-los para atuar com competência no PSF, contribuindo para a consolidação do SUS?

• Como avaliar se as transformações nas formas de ensinar produzem impactos nos perfis epidemiológicos de diferentes grupos sociais?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

2. Marcon SS, Elsen I. A enfermagem com um novo olhar: a necessidade de enxergar a família. Fam. Saúde Desenvol. 1999; 1(1/2): 21-6.

3. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MJ. Epidemiologia e saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo, Hucitec; 2000.

5. Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. 7ª ed. São Paulo: Contexto; 1999.

6. Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento da análise de discurso. In: Chianca TCM, Antunes MJM, Organizadoras. A classificação internacional das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. Brasília: Cadernos ABEN; 1999. p.348-55.

7. Almeida MCP, Rocha SMM. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

8. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trab Educ Saúde (Rio de Janeiro) 2003; 1 (1): 75-91.

9. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

# FIXAÇÃO DE ENFERMEIROS NO VALE DO JEQUITINHONHA/MG CONSIDERANDO A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

## RETENTION OF NURSES IN THE JEQUITINHONHA VALLEY/STATE OF MINAS GERAIS, CONSIDERING JOB SATISFACTION

## PERMANENCIA DE ENFERMEROS EN EL VALLE DEL JEQUITINHONHA/MG CONSIDERANDO SU SATISFACCIÓN PROFESIONAL

Márcia Aparecida Vieira de Almeida[1]
Antônio Sousa Santos[2]
Rosana Passos Cambraia Beinner[3]

RESUMO
Este estudo investigou a permanência de enfermeiros no Vale do Jequitinhonha, nordeste do Estado de Minas Gerais, determinando o perfil e as atividades desempenhadas, além da proposição de ações que possam contribuir para fixação profissional. Como principais problemas, foram apontadas a baixa qualificação de recursos humanos e a insuficiência de recursos materiais voltados à saúde nos municípios. A evasão profissional reflete-se na efetivação do SUS e na estratégia saúde da família. A investigação da desmotivação dos profissionais propicia a criação de mecanismos para romper o isolamento, permitir a troca de experiências e favorecer a permanência dos mesmos naquele local.
**Palavras chave:** Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem em Saúde Pública; Satisfação no Emprego

**ABSTRACT**
This is a study on the retention of nurse in the Jequitinhonha Valley, northeast of the State of Minas Gerais, Brazil. We described the profile and activities carried out and proposed actions to help retain professionals. The main problems found were low qualification and the lack of material resources for health care in the municipalities. The turn-over of health professionals affects the Single Health System (National Health System) and the family health strategy. Research on the lack of motivation of nurses assists in creating mechanisms to break isolation, permit the exchange of experiences and favor their retention at their worksites.
**Key-words:** Community Health Nursing, Public Health Nursing, Job Satisfaction.

**RESUMEN**
En este estudio se investigó la permanencia de enfermeros en el Valle del Jequitinhonha, noreste del Estado de Minas Gerais, determinando su perfil y actividades, además de proponer acciones que contribuyan a la retención profesional. Los principales problemas son la baja calificación de recursos humanos y la falta de soporte material para la salud. La evasión de profesionales se refleja en la efectividad del SUS y en la estrategia de la salud de la familia. La investigación de la baja motivación entre enfermeros indica que habría que crear mecanismos para romper con el aislamiento, permitir el intercambio de experiencias y favorecer la permanencia de los enfermeros en la zona.
**Palabras clave:** Enfermería en Salud Comunitaria, Enfermería en Salud Pública, Satisfacción en el Trabajo

[1] Enfermeira; Especialista em Saúde Pública; Docente da Faculdade de Ciências da Saúde das Faculdades Federais Integradas de Diamantina - FAFEID.
[2] Farmacêutico; Mestre em Ciências Farmacêuticas; Docente da Faculdade de Ciências da Saúde das Faculdades Federais Integradas de Diamantina - FAFEID.
[3] Psicobióloga; Doutora em Ciências; Docente da Faculdade de Ciências da Saúde das Faculdades Federais Integradas de Diamantina - FAFEID.
Endereço para correspondência: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Faculdades Federais Integradas de Diamantina – FAFEID, Rua da Glória 187, Centro, Diamantina, MG 39100-000, telefone (38) 3531-1811, E-mail: *marthivieira@bol.com.br*

## INTRODUÇÃO

A reforma sanitária brasileira, iniciada no período anterior ao da transição para a democracia e concretizada a partir do final da década de 60, ampliou o próprio conceito de saúde. Repercutiu na reestruturação político-administrativa ao propor a reformação do Sistema Nacional de Saúde. Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, passou-se a vislumbrar a superação da crise na saúde brasileira, a partir da construção de um ideário para o Sistema Único de Saúde (SUS). Na Constituição Federal de 1988[1], várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização do pleno direito à saúde. Destacam-se nesse sentido, no âmbito jurídico institucional, as Leis Orgânicas de Saúde (no. 8.080/90 e no. 8.142/90), o Decreto no. 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas nos anos de 1991, 1993 e 1996. Esses instrumentos jurídicos balizaram os processos de municipalização e financiamento da saúde.[2]

A NOB 1996 foi decorrente sobretudo da experiência adquirida com os instrumentos operacionais anteriores – em especial a NOB 1993 – o que possibilitou o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância do SUS para a saúde dos brasileiros. Como instrumento de regulação do SUS, a NOB, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explicita e dá conseqüência prática aos princípios e às diretrizes do sistema, consubstanciada na Constituição Federal e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, favorecendo mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil. Nesse contexto surgem os Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF) como estratégia de organização dos serviços de saúde, adotando como eixo condutor as suas ações de vigilância à saúde.

O PSF e o PACS constituem estratégias de implantação e consolidação do SUS, visando basicamente dar condições de efetivo funcionamento à atenção primária à saúde. Nas equipes do PSF (1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 5-6 agentes comunitários de saúde – ACS) e nas equipes do PACS (1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 5-8 ACS), o enfermeiro possui uma série de atribuições, que devem ser desenvolvidas tanto na Unidade Básica de Saúde (UBS), junto à Equipe de Saúde da Família (ESF) e na comunidade, apoiando e supervisionando os trabalhos dos ACS, bem como assistindo as pessoas que necessitam de atenção em enfermagem.

Ao trabalhar com a atenção básica à saúde o enfermeiro é um forte elo entre a complexa rede de serviços e os indivíduos, famílias e comunidade, dispensando cuidados a todo tipo de enfermidades, prevenindo os agravos, promovendo a saúde, estimulando o autocuidado, próximo ao cenário onde a população vive o cotidiano de uma sociedade geralmente instável e cheia de conflitos.[3]

O Vale do Jequitinhonha convive com elevados níveis de pobreza, sendo que 40 de seus 56 municípios integram a relação dos 100 municípios com os mais baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado. Os serviços públicos de esgotos sanitários mostram-se bem mais precários, e do total de domicílios urbanos, apenas pequena parcela é servida por rede de coleta. Destaca-se também o elevado número de domicílios que não tem qualquer tipo de instalação sanitária na região.

A história da enfermagem no Vale do Jequitinhonha merece especial destaque, principalmente após a implementação pelo Governo Federal da mudança do modelo assistencial. Antes, um número reduzido de enfermeiros desempenhava suas funções, nos poucos hospitais existentes, de forma precária, com pouco estímulo, recursos materiais deficientes e recursos humanos sem qualificação adequada. Uma grande mudança ocorreu a partir de 1996, quando diversos enfermeiros começaram a migrar para a região do Vale do Jequitinhonha com o objetivo de implantar o PACS e o PSF nos municípios.

Em fevereiro de 2000, a Unidade de Processamento de Dados do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais[4] registrava em seu cadastro 5.866 Enfermeiros atuando em todo o estado, dos quais apenas 53 no Vale do Jequitinhonha, o que significava a proporção de um enfermeiro para cada 8.726 habitantes.

O trabalho em equipe representa uma decisiva posição para garantir a qualidade da assistência, o que é impossível sem a atuação dos enfermeiros, que vêm participando efetivamente das equipes de saúde e de um trabalho articulado, complementar e autônomo(5). Atribui-se grande demanda de procedimentos conseqüentes da mudança do sistema assistencial, verificando-se maior atuação dos enfermeiros nessas atividades cada vez mais crescentes.

Devido à ocorrência de evasão de profissionais da área de saúde no Vale do Jequitinhonha, em especial do enfermeiro, existe necessidade de investigação dos fatores que causam a desmotivação dos profissionais, contribuindo para sua não permanência nos municípios da região. A investigação deve favorecer o delineamento de procedimentos que favoreçam a fixação de profissionais na região, propiciando a melhoria no sistema assistencial.

## OBJETIVOS

Geral: avaliar o processo de evasão dos enfermeiros nos municípios do Vale do Jequitinhonha. Específicos: 1) traçar o perfil dos enfermeiros que atuam na região; 2) determinar as atividades desempenhadas pelos profissionais, quanto à sua natureza e ao local de atuação; 3) identificar os motivos que causam a evasão nos municípios onde atuam; 4) propor alternativas que possam contribuir para a fixação dos enfermeiros na região.

## MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo do perfil profissional dos enfermeiros atuando na região do Alto e Médio Vale do Jequitinhonha, abrangendo a caracterização da atuação dos profissionais, além do grau de motivação, satisfação e problemas enfrentados.

Descrição regional: o Vale do Jequitinhonha está localizado no nordeste do Estado de Minas Gerais, limita-se ao norte com a bacia do Rio Pardo e com o Estado da Bahia, a leste com o Estado da Bahia, a oeste com a bacia do Rio São Francisco e ao sul, com as bacias dos rios Doce e Mucuri. Sua extensão territorial é de 85.027 km$^2$, que corresponde a 14,48% da área de Minas Gerais.[6] O clima da região apresenta períodos de longas secas alter-

nadas com enchentes periódicas. Apresenta um dos mais críticos casos de desenvolvimento desigual na formação social do estado. Essa desigualdade causa desequilíbrio considerável quanto à formação de capital e ao lucro, com implicações sobre o desempenho da economia e conseqüências sociais clássicas, das quais o expressivo êxodo rural da região é elucidativo.

Municípios: Araçuaí, Berilo, Capelinha, Carbonita, Chapada do Norte, Coluna, Conceição do Mato Dentro, Congonhas do Norte, Couto de Magalhães, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Francisco Badaró, Gouveia, Itamarandiba, Itinga, José Gonçalves de Minas, Leme do Prado, Materlândia, Minas Novas, Rio Vermelho, Sabinópolis, Santo Antônio do Itambé, Senador Modestino, Serro, Turmalina, Veredinha, Virgem da Lapa.

Devido à dificuldade de acesso à população alvo e pensando na possibilidade de cada informante expressar-se por escrito, sem interferência do pesquisador, optou-se pela utilização de um questionário composto por 20 (vinte) itens, enviado a 53 enfermeiros dos 28 municípios mencionados. As questões foram apresentadas de forma que o respondente completava, marcava e descrevia de forma curta, estimando-se cerca de 15-20 minutos para escrever as respostas.

O questionário foi enviado por intermédio da Empresa de Correios para todos os enfermeiros constantes em listagem da Diretoria Regional de Saúde de Diamantina, atual Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS) de Diamantina/MG. Foram utilizados dados computados pela Coordenadoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Na correspondência enviada aos enfermeiros constavam os objetivos e justificativa do estudo, assim como a solicitação de consentimento livre e esclarecido para participação no estudo. Não houve ressarcimento de nenhum tipo aos respondentes. Dos questionários enviados, trinta[30] foram respondidos e remetidos para os pesquisadores em Diamantina/MG.

As informações obtidas foram registradas e analisadas utilizando o aplicativo de informática Excel 7 (Microsoft").

## RESULTADOS

As informações fornecidas pela Diretoria Regional de Saúde permitiram verificar a evolução anual do número de Enfermeiros contratados pelos municípios, observando-se que a partir de 1997 ocorreu aumento contínuo desses profissionais atuando nos municípios da região.[7]

A tabela 1 apresenta os resultados consolidados em número (N) e porcentagem (%) de participantes. Quanto à origem dos profissionais, verificou-se que 30% eram provenientes do próprio Estado de Minas Gerais e 70% originários de outros estados, especialmente Rio de Janeiro e Bahia.

A distribuição percentual dos enfermeiros quanto ao tipo de vínculo empregatício indicou que entre os contratos celebrados, aqueles de caráter temporário contabilizaram 90%, e somente 10% dos contratos foram decorrentes de concurso público oficial. Houve predominância quanto ao número de profissionais desenvolvendo atividades preventivas, embora salienta-se que a maioria dos profissionais desenvolve, na realidade, tanto atividades preventivas quanto curativas. Quanto ao perfil dos enfermeiros recrutados para trabalhar na região, há predomínio de pessoas do sexo feminino (80%), com média de idade de 29 anos, sendo na maioria solteiros (70%) e sem titulação (70%) em nível de especialização.

Os enfermeiros relataram dificuldades com problemas de ordem político-administrativa, associados à baixa qualificação dos gestores municipais. A formação na área de saúde não implica diretamente capacitação para a gestão do serviço público de saúde. De uma forma geral todos os respondentes apontaram como principais problemas, para um desempenho profissional satisfatório, a baixa qualificação de recursos humanos e a insuficiência de recursos materiais voltados à saúde no município.

A distribuição dos enfermeiros, por satisfação com as atividades desenvolvidas, mostra que a maioria dos profissionais atuantes na região encontra-se insatisfeita com a atual situação vivenciada. Apesar das dificuldades verificadas nas informações fornecidas, 80% dos profissionais manifestaram interesse em permanecer trabalhando na região, mas não necessariamente na localidade atual. Uma das principais queixas quanto aos problemas enfrentados refere-se às dificuldades de gestão, e essa queixa seria o principal motivo para que os mesmos mudassem a atividade de trabalho para outra localidade.

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo características dos participantes no estudo, em valor absoluto e porcentagem.

| Características N (%) | Sexo | Estado civil | Origem | Vínculo | Pós-graduação |
|---|---|---|---|---|---|
| Feminino | 24 (80%) | | | | |
| Masculino | 06 (20%) | | | | |
| Solteiro | | 21 (70%) | | | |
| Casado | | 09 (30%) | | | |
| Minas Gerais | | | 21 (70%) | | |
| Outros Estados | | | 09 (30%) | | |
| Temporário | | | | 27 (90%) | |
| Concurso | | | | 03 (10%) | |
| Especialização | | | | | 09 (30%) |
| Não realizado | | | | | 21 (70%) |

## DISCUSSÃO

A partir da avaliação proposta neste estudo, ficou evidente que um dos principais desafios do profissional de enfermagem, ao assumir a responsabilidade de atuar na região, é inicialmente superar o choque cultural, uma vez que a grande maioria é de procedência externa e não se encontra suficientemente familiarizada com os costumes e a cultura local. É importante ressaltar que, ao mesmo tempo em que o desafio se antepõe ao profissional, a própria comunidade se depara com a problemática de assimilar mais um 'estranho', levando em consideração que as comunidades locais possuem cultura tradicional profundamente arraigada, na qual o conceito de hospitalidade representa valor de grande importância.

A constante evasão de enfermeiros no Vale do Jequitinhonha pode estar ligada às deficiências da formação acadêmica na área de saúde comunitária, como também aos aspectos motivacionais, tais como a sobrecarga de funções, o isolamento profissional e outros fatores que direcionam tais profissionais a não assumirem um relacionamento permanente com a população assistida. Em suas carreiras, os profissionais querem algo mais além da remuneração. Almejam oportunidades, sempre crescentes, de contribuir com a sociedade, de exercer sua responsabilidade social. É um impulso interno, próprio da espécie humana, que cada vez se expande mais, de acordo com a evolução da ciência.[8]

Considera-se que a atuação do enfermeiro, especialmente no que se refere à atenção básica de saúde, reflete-se objetivamente em mudanças de valores culturais e educacionais. Os indivíduos se vêem ante sentimentos contraditórios. Percebemos o embate entre a confiança no saber derivado do conhecimento técnico-científico e a insegurança da inexperiência diante do senso comum. De fato, entre os profissionais entrevistados constatou-se que apesar das dificuldades encontradas, a recepção e o apoio da comunidade funcionam também como incremento motivacional. Além disso, pelo fato de a maioria dos enfermeiros ser do sexo feminino, o que geralmente predomina na profissão, sendo solteiras na maioria das vezes, a adaptação torna-se difícil, uma vez que as mesmas têm que se defrontar com a problemática da solidão.

A associação da satisfação no trabalho com a saúde parece independente de características demográficas e funcionais, o que evidencia a importância dos fatores psicossociais no trabalho em suas relações com a saúde, nos aspectos de saúde mental e capacidade para o trabalho.[9]

Na sociedade contemporânea, as pessoas encontram-se constantemente lidando com o estresse da vida cotidiana; quando as necessidades são atendidas quanto ao conforto físico, assistência à saúde, trabalho compensador e oportunidades para recreação, aprendizagem e expressão criativa, é provável que as pessoas reportem bem-estar geral. O ajustamento depende das condições de vida oferecidas às pessoas para atuarem na melhoria de suas comunidades.[10]

Por outro lado, as dificuldades manifestam-se predominantemente no campo prático da atuação profissional, onde fica evidenciada a frustração do profissional por não conseguir viabilizar plenamente os projetos e metas. Um importante fator surge na sobrecarga de funções, evidenciada pelos resultados que mostram que os enfermeiros desempenham simultaneamente atividades múltiplas e que, em sua maioria, não são compatíveis com a função.[11]

Esse acúmulo de funções acarreta desgastes físicos e psicológicos do profissional, que se vê incapaz de manter o foco em qualquer das ações que se propusera ao chegar no município. Somando-se a essa problemática, deve-se ressaltar que, na maioria dos municípios, o gestor, por não possuir formação na área de saúde ou sequer na área administrativa, ao se ver diante da escassez de recursos transfere para o profissional a responsabilidade de implantar todos os programas necessários para a captação de verbas para o município. Tal procedimento gera um excesso de expectativas que, ao serem frustradas, levam ao descrédito do enfermeiro perante a sua equipe de trabalho e à comunidade, o que reforça o sentimento de impotência e conseqüentemente a evasão desses profissionais.

O Vale do Jequitinhonha conta com um curso de graduação em enfermagem, na Faculdade de Ciências da Saúde, das Faculdades Federais Integradas de Diamantina (FAFEID). O curso nessa instituição foi o primeiro passo para que a capacitação dos recursos humanos qualificados em ciências da saúde, mais especificamente na área de enfermagem, se estabelecesse na região do Alto Vale do Jequitinhonha. Espera-se que a formação local desses profissionais seja realmente uma alternativa viável para a solução parcial do problema aqui em estudo, desde que o compromisso do curso seja capacitar o futuro profissional integrando-o com a realidade comunitária local.

## CONCLUSÕES

Com a proposta de mudança do modelo assistencial, os municípios perceberam a necessidade de contratação de profissionais de enfermagem nos últimos anos e notou-se o aumento no número de profissionais na região. Isso acarretou a chegada de um contingente de enfermeiros que, apesar de possuir perfil uniforme, possui tempo de experiência bastante diversa entre si. Em geral as atividades desempenhadas pelo enfermeiro consistem em cuidados preventivos, seguidos de atividades múltiplas que associam cuidados tanto curativos quanto preventivos.

Os enfermeiros participantes no estudo encontravam-se insatisfeitos com a forma como as atividades são desenvolvidas, no entanto manifestaram desejo de permanência na região. Recursos materiais insuficientes e/ou obsoletos, além de problemas com os recursos humanos disponíveis e dificuldades político-administrativas foram os principais motivos para a provável evasão do enfermeiro.

A partir dessas considerações, pode-se concluir que se faz necessária a criação de mecanismos de organização e mobilização de classe no sentido de romper o isolamento dos profissionais, permitindo a troca de experiências e a efetivação da permanência dos mesmos locais em que estão inseridos.

Como alternativas para contribuir com a fixação dos enfermeiros na região, pode-se pensar em formas de manter o profissional bem informado, investindo nos meios de comunicação, como por exemplo pela confecção e distribuição regular de boletins e revistas, programas de rádio, fitas de vídeo, além da promoção de eventos e facilidade de acesso aos recursos de informática com estímulo ao uso da Internet por esses profissionais. A proposta de implantação de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para atender ao Vale do Jequitinhonha propicia o efetivo envolvimento da população alvo, que viria a ser contemplada de forma descentralizada e local, no processo de educação continuada.

Sabe-se que no mundo atualmente globalizado a satisfação pessoal e profissional está estreitamente ligada à atualização dos conhecimentos. O enfermeiro atuante em comunidades longínquas pode sentir-se parte integrante de uma rede coordenada regionalmente, preocupada em manter o nível de satisfação com as atividades desempenhadas. O processo motivacional desses profissionais deve ser estudado mais profundamente, buscando no futuro contribuir para a fixação dos enfermeiros na região do Vale do Jequitinhonha, assim como em outros locais que apresentam as mesmas limitações.

## AGRADECIMENTOS

À Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo e à equipe responsável pelo curso de Especialização em Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Especial agradecimento ao Dr. Mark Anthony Beinner e ao Dr. Arno Brune pela revisão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05/101988, atualizada na Emenda Constitucional n.20 de 15/12/1988. São Paulo: Saraiva; 1988.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Legislação do Sistema Único de Saúde. Brasília: SUS/CONASS; 2003.

3. Tavares M, Takeda S. A prática da atenção primária à saúde. In: Tavares M, Takeda S Medicina ambulatorial. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária 1996. p.29-34.

4. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais - COREN. Censo de Enfermeiros no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2000.

5. Santos CH, Mendes TR. Competência e autonomia do enfermeiro na contemporaneidade. REME Rev Min Enf 2001; 5(1/2):101-2.

6. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística - IBGE. Indicadores de desenvolvimento sustentável. informação geográfica. Rio de Janeiro: Diretoria de Geociências, IBGE; 2000.

7. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Programa de Saúde da Família: uma estratégia de mudança do modelo de saúde, passos para a implantação no município. Belo Horizonte, MG; 1997.

8. Bonila JA. Resposta à crise: qualidade total e autêntica para bens e serviços. São Paulo: Makron Books; 1993.

9. Martinez MC, Paraguay AIBB, Latorre MRDO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. Rev Saúde Publica 2004; 38(1):55-61.

10. Beinner MA, Cambraia, RPB. Perfil de profissionais nas áreas de saúde e educação. Rev Ciência Saúde Coletiva 2004; 9(1):77-83.

11. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais - COREN. Legislação e normas: código de ética dos profissionais de enfermagem. Belo Horizonte; 1997.

# A ENFERMEIRA CARLOS CHAGAS: ALUNAS DIPLOMADAS PELA ESCOLA DE ENFERMAGEM CARLOS CHAGAS NO PERÍODO DE 1933 A 1950

## CARLOS CHAGAS NURSE: STUDENTS GRADUATING FROM THE CARLOS CHAGAS SCHOOL OF NURSING SCHOOL FROM 1933 TO 1950

## LA ENFERMERA CARLOS CHAGAS: ALUMNAS DIPLOMADAS POR LA ESCUELA DE ENFERMERAS CARLOS CHAGAS ENTRE 1933 Y 1950

Geralda Fortina dos Santos[1]
Flavio Cesar Rodrigues[2]
Sílvia Madeira Lima[2]

**RESUMO**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com o objetivo de caracterizar o perfil das alunas diplomadas pela Escola de Enfermagem Carlos Chagas no período de 1933 a 1950. As fontes primárias utilizadas no estudo foram provenientes da Seção de Ensino e do Centro de Memória da Escola de Enfermagem da UFMG. De um total de 150 fichas de inscrição analisadas, foi constatado que o perfil da aluna diplomada se configurou como: mulher; solteira; de 20 a 30 anos de idade; professora primária com curso normal, que desconhecia o trabalho da enfermeira antes do ingresso ao curso, proveniente do interior do Estado de Minas Gerais e que professava a religião católica.

**Palavras-chave:** História da Enfermagem; Escolas de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Educação Superior; Enfermeiras

**ABSTRACT**

This is descriptive research with the objective of describing the profile of students graduating from the Carlos Chagas School of Nursing from 1933 to 1950. The primary sources came from the Registrar's Office and the School Memoirs Center of the School of Nursing of the UFMG. Out of a total 150 files which were examined, we found that the profile of alumni is that of a single woman, aged between 20 and 30 years old, qualified as a primary school teacher, who had no idea what was involved in nursing before starting the course. They are from the interior of the State of Minas Gerais and are Catholics.

**Key-words:** History of Nursing; Schools, Nursing; Education, Nursing; Education, Higher; Nurses

**RESUMEN**

Se trata de una investigación descriptiva cuyo objetivo es caracterizar el perfil de las alumnas diplomadas por la Escuela de Enfermería Carlos Chagas entre 1933 y 1950. Las fuentes primarias para dicho estudio provienen de la Sección de Enseñanza y del Centro de Memoria de la Escuela de Enfermería de la UFMG. De un total de 150 formularios de inscripción analizados se constata que el perfil de la alumna diplomada era el de una mujer soltera entre 20 y 30 años , católica, maestra primaria con curso normal, oriunda del interior del Estado de Minas Gerais, que desconocía el trabajo de enfermería antes de ingresar en el curso.

**Palabras clave:** Historia de la Enfermería; Escuela de Enfermería; Educación en Enfermería; Educación Superior; Enfermeras

[1] Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem da UFMG, membro do Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre Quotidiano em Saúde – NUPEQS-MG. Doutoranda em Educação pela Faculdade de Educação da UFMG.
[2] Alunos de Graduação de Enfermagem da UFMG, bolsistas de iniciação científica, PRPq/CNPq.
Endereço para correspondência: Av. Alfredo Balena, 190,
CEP: 30130-100, Belo Horizonte-MG E-mail: *gfortina@enf.ufmg.br*

## INTRODUÇÃO

A Escola de Enfermagem Carlos Chagas – EECC –, denominação até 1968 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, foi criada em 7 de julho de 1933, pelo Decreto nº 10.952[1], no governo de Olegário Maciel. A sua criação contou com a iniciativa da Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e da Diretoria da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais. Após os entendimentos ocorridos entre as duas instituições, os seus respectivos Diretores, Dr. Ernani Agrícola e Dr. Antonio Aleixo, devidamente autorizados — o primeiro pelo Secretário de Educação e Saúde Pública do Estado e o segundo pela Congregação da Faculdade de Medicina -, assinaram um contrato contendo as instruções para a instalação e funcionamento da Escola.

Desde sua criação até 1948, a EECC subordinava-se, administrativa e financeiramente, à Secretaria de Educação e Saúde do Estado de Minas Gerais: de 7 julho de 1933 a 2 de junho de 1946 à Diretoria de Saúde Pública e de 3 de junho de 1946 a 3 de abril de 1948 ao Departamento Estadual de Saúde. De abril de 1948 a dezembro de 1950 esteve vinculada à Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde e Assistência do Estado de Minas Gerais. Durante quase todo esse período, teve como sede administrativa o Hospital São Vicente de Paulo, atual Hospital das Clínicas da UFMG. Foi anexada à Faculdade de Medicina em 4 de dezembro de 1950, pela Lei nº 1.254[2] que federalizou a Faculdade e, conseqüentemente, a EECC, o que culmina por atender ao disposto na Lei nº 775[3], primeira legislação que regulamenta o ensino de enfermagem no Brasil. O Art. 20 dessa Lei diz que, em cada Centro Universitário ou sede de Faculdade de Medicina, deverá haver uma escola de enfermagem. Em 12 de fevereiro de 1968 a Escola torna-se uma unidade autônoma, integrada à UFMG.

Antes mesmo da assinatura do decreto de criação da EECC, a imprensa mineira começou a noticiar o grande empreendimento que a Diretoria de Saúde Pública acabara de acordar com a Faculdade de Medicina. Em 5 de julho de 1933, o Estado de Minas publica uma matéria intitulada "Uma modelar escola de enfermagem"[4], na qual há informações sobre "um contrato para instalação de uma escola de enfermagem nos moldes da Escola Official Padrão 'Anna Nery'". Duas outras matérias foram publicadas no Minas Gerais em 6 de julho de 1933.[5] A primeira, intitulada "Escola de Enfermeiras" trata de aplaudir, "a iniciativa tomada pela Diretoria de Saúde Pública, inaugurando desse modo uma nova etapa de aperfeiçoamento sanitário de real e incontestável interesse coletivo". Trata, também, das condições estabelecidas entre as partes contratantes e diz que a Escola vai dar uma orientação técnica aos serviços de enfermagem do Estado, o que "representa um papel capital nas organizações sanitárias". A segunda matéria, publicada na Sessão de Editais, trata das condições de matrícula e dos critérios exigidos das candidatas ao curso de enfermagem.

A partir dessas matérias, verifica-se a preocupação do Estado em divulgar, por intermédio do principal meio de comunicação da época, os empreendimentos realizados. Era uma forma de manter a população, pelo menos aquela letrada e com acesso à imprensa escrita, informada sobre os feitos pelo governo. Ao mesmo tempo em que jornais divulgavam as condições contratuais entre duas instituições do Estado, que estabeleceram parcerias para a criação de uma escola de enfermagem "em prol da saúde do nosso povo", começava a ser delineado o perfil da aluna que, depois de formada, seria incorporada nos quadros de pessoal técnico de saúde dos órgãos estaduais.

A profissionalização da enfermagem, em Minas Gerais, baseada no "Sistema Nightingale", com a instalação da EECC, ocorre dez anos após a institucionalização da profissão no País. Em 1923, uma Missão de cooperação técnica de enfermeiras norte-americanas financiada pela Fundação Rockefeller organizou, no Rio de Janeiro, então Capital Federal, a Escola de Enfermagem Anna Nery de acordo com esse modelo de ensino de enfermagem.[6]

A primeira escola de enfermagem foi fundada na Inglaterra, por Florence Nightingale, em 1860, vinculada ao Hospital São Thomas. Ao ser instituída como profissão, a enfermagem surge marcada pela divisão técnica e social do trabalho, apresentando duas categorias distintas: as nurses e as ladies nurses. As primeiras, provenientes de classe sociais mais baixas, eram preparadas para exercer as atividades mais elementares da enfermagem, relacionadas ao cuidado direto do paciente, o serviço mais "grosso" da enfermagem. Já as segundas, oriundas de classe social mais abastada, era destinado o trabalho "nobre" da enfermagem, as atividades de supervisão, administração e ensino, portanto, ligadas indiretamente ao cuidado do paciente.

A EECC é a segunda escola de enfermagem do País, criada sob a inspiração desse modelo nightingaleano de ensino. Um modelo de formação inspirado na racionalidade científica moderna que "ao romper com uma prática de saúde anterior desvinculada de qualquer formação oficial e treinamento específico, tenta se aproximar de uma auréola de cientificidade, de técnicas e procedimentos adquiridos somente às custas de um exaustivo treinamento escolar".[7:27] Um treinamento que buscava desenvolver nas alunas um espírito vocacional e submisso e que deveria se manifestar em comportamentos de "respeitabilidade, obediência, delicadeza, submissão, destreza no trabalho pesado, lealdade, passividade e religiosidade".[8:51]

No Brasil, os estudos historiográficos revelam que a enfermagem foi e é uma profissão predominantemente feminina, que possui um corpo de conhecimentos construído a partir de ações do "cuidar", acumuladas ao longo do tempo e transmitido de geração para geração – de mãe para filha[9], e que, posteriormente, esse conhecimento foi sistematizado por Florence Nightingale, no século XIX, na Inglaterra vitoriana e difundido para todo o mundo. Assim, pode-se afirmar que a "Revolução Nightingale" estabeleceu o marco da enfermagem moderna no mundo e constitui fato aceito e reconhecido pelas escolas de enfermagem brasileiras.[7]

A historiografia da enfermagem nos mostra, também, que Florence Nightingale instituiu critérios de seleção das candidatas ao curso de enfermagem extremamente rigorosos. Exigia-se, além de conhecimentos gerais, uma conduta moral exemplar e origem socio-econômica mais elevada. A sua proposta de escola de enfermagem trazia algumas soluções corretivas para esta questão, sobretudo quanto ao comportamento moral das enfermeiras, no que dizia respeito às candidatas ao curso, sua procedência social, seus hábitos de vida, seu comportamento no espaço público e no privado. E a proibição draconiana à expressão da sexualidade e à vida sexual, eram atributos tão necessários para tornar-se enfermeira quanto o era a formação profissional.[10]

Os rigorosos critérios para a seleção das candidatas ao curso de enfermagem, por um lado, eram justificados por ser uma forma de instituir uma profissão para a mulher em uma sociedade em que o seu lugar era o espaço privado, o espaço do lar, submissa ao marido. Isto é, para participação da mulher na sociedade, nos espaços públicos, mesmo que fosse com o perfil de mulher privada, era necessário que fosse integrada a uma categoria profissional legitimada por essa sociedade. Por outro lado, e como parte do mesmo processo, a rigorosa seleção era uma forma de moralizar a emergente profissão, que no imaginário social, detinha uma imagem cheia de preconceitos, com diversos estereótipos e valores negativos. A conotação negativa relacionada com a prática da enfermagem e com os seus exercentes tem origem no período da Reforma Protestante, entre o declínio do feudalismo e ascensão do capitalismo. Assim, na época de sua institucionalização como profissão, na Inglaterra vitoriana, a enfermagem era exercida por pessoas desqualificadas e de conduta moral duvidosa. Era necessário, portanto, moralizar a profissão, modificar as representações negativas sobre a enfermagem, sobre a sua prática e, sobretudo, sobre a imagem da enfermeira. O rigor da escola e dos critérios seletivos eram justificados, portanto, diante de uma imoralidade proverbial da profissão. Pois, qualquer deslize e passo em falso por menores que fossem, fariam cair a esperança da reforma da enfermagem; e a elevação de seu status social seria retardada por muitos anos. O futuro da profissão iria depender das alunas – futuras enfermeiras.[11] Era necessário, em suma, construir uma identidade profissional da enfermeira "em um contexto mundial onde a figura da mulher, enquanto construção de gênero, está carregada de representações e ideologias que restringem sua participação na sociedade".[12]

No Brasil, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século passado, a prática da enfermagem nos hospitais foi organizada em torno de uma dicotomia: religiosa e secular. As representações sobre a prática da enfermagem foram construídas de acordo com esses dois aspectos. Se era exercida por religiosos, caracterizava-se por um trabalho missionário, sacrificado e sublime; se era praticada por pessoas laicas, era considerada um trabalho manual subalterno, semelhante ao de empregados domésticos. As Santas Casas de Misericórdia representavam, nesse período, quase que o único tipo de hospital do país. Assim, a prática de enfermagem, exercida por religiosos e por leigos, com pouca ou nenhuma formação escolar, tornou-se institucionalizada.[11]

Diante do exposto, e do nosso interesse em estudos que tratam dos aspectos históricos da enfermagem e, particularmente, daqueles que dizem respeito à história da EECC, nos propusemos a elaborar este trabalho partindo de algumas indagações: Quem eram as alunas da EECC? Qual era a procedência das candidatas? Quais eram as condições exigidas das candidatas para a sua admissão ao curso? Como era realizado o processo de seleção? Os critérios de seleção proporcionaram o delineamento de um perfil das alunas diplomadas pela EECC? Assim, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil das alunas diplomadas pelo Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Carlos Chagas, no período de 1933 a 1950.

## ORIENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

Este estudo é do tipo descritivo e se coloca na perspectiva da pesquisa histórica. As fontes de pesquisa analisadas fazem parte da Sessão de Ensino e do Centro de Memória da Escola de Enfermagem da UFMG. Constituíram-se, basicamente, das fichas de inscrição das candidatas ao curso de enfermagem e dos dados registrados em livro de matrícula. Do ano de 1936, em que ocorreu a primeira formatura, até 1950, a Escola diplomou 159 alunas. No entanto, não foram encontradas nove fichas de inscrição. Assim, foram analisadas todas as fichas de inscrição das alunas diplomadas pela EECC no período estudado, e que estavam disponíveis, perfazendo o total de 150 fichas. No caso da escolaridade das alunas, os históricos escolares foram consultados sendo possível trabalhar com o universo de 159 alunas. Por meio dos dados contidos nas fichas de inscrição e no livro de matrícula, pode-se fazer o levantamento dos seguintes itens: idade, estado civil, escolaridade, ocupação, preparo anterior em enfermagem, naturalidade, religião e condição de saúde.

O período estudado tem como marco inicial a criação da Escola em 1933 e o final, no ano de 1950, quando a EECC foi anexada à Faculdade de Medicina. Partiu-se do pressuposto de que tal período representou o espaço-tempo necessário para consolidação da EECC como uma unidade educativa de enfermagem de extrema importância no movimento de reorganização das instituições de assistência à saúde da população, e daquelas de formação de pessoal técnico da área, no Estado de Minas Gerais. Foi, também, durante esse período, em 1942, que a EECC obteve o reconhecimento em âmbito nacional de acordo com os ditames legais da época. Ademais, foi dirigida, nessa época, por duas enfermeiras leigas que se destacaram no universo da enfermagem brasileira: Laís Netto dos Reys (1933-1938), organizadora da Escola e sua primeira diretora, e Waleska Paixão (1939-1948). Pode-se afirmar que a gestão dessas diretoras, nesse período, imprimiu na Escola uma marca distinta, uma vitalidade institucional, principalmente pelo fato de as adminis-

trações posteriores, de julho de 1949 a março de 1967, terem permanecido sob a direção de religiosas e a Escola anexada à Faculdade de Medicina, o que, possivelmente, provocou uma "descentração"[13] da identidade institucional. Desse modo, tal recorte temporal se justifica pelo fato de se entender que, nesse período, ocorreu a constituição de um perfil profissional que se manifestou no conjunto de comportamentos, saberes e fazeres que conformaram o ser-fazer-enfermagem implantado na EECC. Em outras palavras, ocorre a institucionalização de uma escola como espaço de produção e reprodução de uma cultura que modela a formação técnica e moral das alunas, e como espaço produtor e reprodutor de comportamentos, atitudes, valores e formas de ver e interpretar o mundo.

Após a coleta, os dados foram tratados e apresentados de acordo com a estatística descritiva, com distribuição de freqüência simples (Fi), sendo discutidos com base no referencial bibliográfico tendo como referência o contexto e a dimensão histórica.

## OS CRITÉRIOS DE SELECÃO NA ENFERMAGEM

Historicamente, a enfermagem foi institucionalizada em todo mundo como uma profissão feminina. Até os dias atuais mantém-se com o predomínio de mulheres. É curioso observar que nas fichas de inscrição ao curso de enfermagem na EECC não era exigido e nem havia espaço para o registro de sexo.

De acordo com Miranda[10], Florence Nightingale — mito mundial da enfermagem e principal precursora da enfermagem moderna — foi uma mulher que entendeu que uma das possibilidades de ser *uma mulher normal, sem ser casada e sem ser mãe*, no século XIX, era ser enfermeira (grifos nossos). Não obstante, a própria Nightingale afirma: "utilizo a palavra enfermagem por falta de outra melhor". [14:14]

Na verdade, é impressionante como uma simples palavra "enfermeira" seja motivo de tanta polêmica. Uma Comissão de Educação foi instituída pelo Conselho Internacional de Enfermagem com o objetivo de propor um programa educativo "bem organizado" e colocá-lo à disposição das escolas de enfermagem de todos os países. Nos estudos realizados por essa Comissão, no período de 1929 a 1933, foi observado que em alguns países não havia, no vocabulário, uma palavra para designar "enfermeira", e, que em outros, o termo usado limitava-se ao serviço hospitalar ou ao cuidado dos doentes e feridos, o que exigia usar um outro termo, ou dar um novo significado ao existente. Um exemplo encontrado foi a antiga palavra inglesa "Nursing" que, originalmente, quer dizer criar, nutrir, ou seja, a proteção cuidadosa dada pela mãe a seu filho. Posteriormente, o uso dessa palavra foi estendido para abranger o cuidado de pessoas de todas as idades e em todas as condições do seu ciclo vital.[15]

Um outro fato interessante desse estudo é que a Comissão reconhecia que "tanto homens como mulheres ocupam-se em enfermagem, portanto, não é uma vocação limitada ao sexo, mas desde que uma proporção muito pequena de enfermeiros são homens, este estudo tratará do assunto mais sob o ponto de vista de enfermeira mulher".[15:16]

No processo de implantação da profissionalização da enfermagem no Brasil e com vistas à construção de uma identidade da enfermeira brasileira, as enfermeiras da missão norte-americana enfatizavam a precariedade das práticas de enfermagem no País e as comparavam aos padrões anglo-saxônicos vigentes à época da institucionalização da enfermagem na Inglaterra. Assim, tinham urgência em revê-las e profissionalizá-las com a introdução de coeficientes que as distinguissem, perante o público médico e o leigo, dos padrões em vigor até então. Neste sentido, "os rituais de seleção deveriam englobar critérios de classe, de gênero e moralidade destinados a fabricar os novos emblemas da profissão".[16]

A candidata ao curso de enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery deveria ser mulher; ter de vinte a trinta e cinco anos (admitindo-se exceções para mais ou para menos, se a candidata apresentasse fortes indícios de que seria uma boa enfermeira); ter cursado a escola normal, ou feito estudos equivalentes (caso contrário deveria submeter-se a uma prova de suficiência); apresentar atestado médico firmado por médico de saúde pública avaliando suas condições de saúde física, mental e ausência de defeitos físicos; apresentar referências sobre suas qualidades morais e intelectuais, sendo levada em consideração a experiência da candidata em direção de casa, no serviço educativo e/ ou em firma comercial; deveria ainda ser solteira ou legalmente separada do marido.[6]

Conforme o Regulamento da EECC, aprovado pelo Decreto nº 11.384[17], no ato da matrícula, a candidata deveria apresentar os seguintes documentos:

**a)** Certidão de idade ou documento que a substituía em juízo, provando ser maior de 20 e menor de 38;

**b)** Requerimento especificando o curso em que pretende matricular-se;

**c)** Atestado de idoneidade moral firmado por duas pessoas idôneas;

**d)** Caderneta sanitária, fornecida pela diretoria da saúde pública;

**e)** Diploma de curso normal ou ginasial.

As candidatas que não puderem apresentar os documentos da letra "e" deverão submeter-se ao exame de admissão que constará de:

**a)** Composição escrita em vernáculo sobre o assunto sorteado no momento; questões de gramática, análises, etc.;

**b)** Problemas relativos às 4 operações fundamentais (inteiro, frações ordinárias e decimais, proporções e sistema métrico, regra de 3, etc.);

**c)** Noções elementares sobre ciências naturais. Noções de física e química.

**d)** Noções gerais de geografia, história do Brasil e universal;

**e)** Tradução de um trecho de francês, inglês ou alemão, à escolha da candidata.

## CARACTERIZAÇÃO DAS ALUNAS DIPLOMADAS PELA ESCOLA DE ENFERMAGEM CARLOS CHAGAS

### Idade e estado civil

Mediante a análise dos dados, as alunas da EECC, no período do estudo e no ato de sua matrícula, possuíam idade entre 16 e 46 anos, conforme a Tabela 1. Portanto, houve exceção no critério de seleção, estabelecido em Regulamento, que propunha que as candidatas tivessem na faixa de 20 a 38 anos. A faixa etária que mais se destacou foi a de 21 a 30 anos onde se concentram 53.33% das diplomadas.

**TABELA 1 – FAIXA ETÁRIA DAS ALUNAS DIPLOMADAS PELA ESCOLA DE ENFERMAGEM CARLOS CHAGAS: 1933-1950.**

| Idade | Fi | % |
|---|---|---|
| 15 \|- 20 | 34 | 22,67 |
| 20 \|- 25 | 56 | 37,33 |
| 25 \|- 30 | 24 | 16,00 |
| 30 \|- 35 | 23 | 15,33 |
| 35 \|- 40 | 10 | 6,67 |
| 40 \|- 45 | 2 | 1,33 |
| 45 \|- 50 | 1 | 0,67 |
| **Total** | **150** | **100,00** |

De acordo com Stewart[15], sendo a idade recomendada para as candidatas ao curso de enfermagem de, no mínimo, 20 anos, e embora, em alguns países as estudantes fossem admitidas com menos idade, devia-se desencorajar essa prática, tanto para o bem da estudante, como para o bem dos doentes que estariam sob os seus cuidados. Contudo, desde que a maturidade nem sempre era (ou é) uma questão de idade, e algumas moças chegavam à maturidade física e mental mais precocemente que outras, poderia haver umas poucas exceções. Já a idade máxima recomendada, era de 35 anos, exceto quando uma candidata dava provas de excepcional adaptabilidade e facilidade de aprender.

Observando a Tabela 2, vê-se que, em relação ao estado civil, a maioria das alunas diplomadas eram solteiras — 90,00% —, sendo que as demais, — 10,00% —, dividiam-se em quatro categorias: casada (4,66%), viúva (2,67%), desquitada (0,67%) e não informado (2,00%).

**TABELA 2 - ESTADO CIVIL DAS ALUNAS DIPLOMADAS PELA EECC: 1933-1950.**

| Estado Civil | Fi | % |
|---|---|---|
| Solteira | 135 | 90,00 |
| Casada | 7 | 4,66 |
| Desquitada | 1 | 0,67 |
| Viúva | 4 | 2,67 |
| Não Informado | 3 | 2,00 |
| **Total** | **150** | **100,00** |

## ESCOLARIDADE, OCUPAÇÃO E PREPARO ANTERIOR DE ENFERMAGEM

Os dados analisados e apresentados na Tabela 3 mostram que a maioria, 32%, das alunas possuía o curso normal, enquanto 29,34% possuíam o curso primário. As candidatas que não possuíam o curso normal ou o secundário fizeram, portanto, segundo o Regulamento da EECC, o exame de admissão e foram aprovadas no mesmo. Em diversos históricos escolares que foram compulsados, constavam as matérias e as respectivas notas obtidas pelas candidatas no exame de admissão. Foi observado, também, que esse exame constava de provas de Português, Matemática, Ciências, Geografia e História do Brasil.

Um dado interessante apresentado na Tabela 3 é que a somatória das escolaridades secundário, normal, profissional e superior, corresponde a mais da metade das alunas diplomadas — 51,58%. Isso representa uma escolaridade compatível à de um curso de nível superior e, não à de um curso técnico como era considerado o de enfermagem nessa época, apesar de suas idealizadoras pleitearem, desde o início da institucionalização do curso no País, a sua inserção na universidade. Além disso, é um dado muito significativo considerando o pouco acesso que as mulheres brasileiras tinham ao ensino formal nas primeiras décadas do século passado.

**TABELA 3 – ESCOLARIDADE ANTERIOR DAS ALUNAS DIPLOMADAS DA EECC: 1933-1950.**

| Curso | Fi | % |
|---|---|---|
| Primário | 61 | 38,36 |
| Ginasial | 5 | 3,14 |
| Secundário | 1 | 0,63 |
| Secundário Incompleto | 8 | 5,03 |
| Normal | 73 | 45,91 |
| Normal Incompleto | 1 | 0,63 |
| Profissional | 4 | 2,52 |
| Superior | 4 | 2,52 |
| Não Informado | 2 | 1,26 |
| **Total** | **159** | **100,00** |

Tratando-se da ocupação anterior das alunas diplomadas ao candidatarem-se ao curso de enfermagem, a Tabela 4 mostra que 34,00% eram professoras. Este dado indica que as candidatas portadoras do curso normal, completo ou não, exerciam o magistério primário. Ademais, as outras ocupações de maior destaque, como na própria área de saúde ou nos serviços do lar, atendiam aos critérios seletivos, conforme aqueles propostos pela Escola de Enfermagem Anna Nery. Um outro dado a ser destacado na Tabela 4 é o fato de a EECC ter diplomado, no período estudado, sete religiosas.

**TABELA 4 - OCUPAÇÃO ANTERIOR DAS ALUNAS DIPLOMADAS PELA EECC: 1933-1950.**

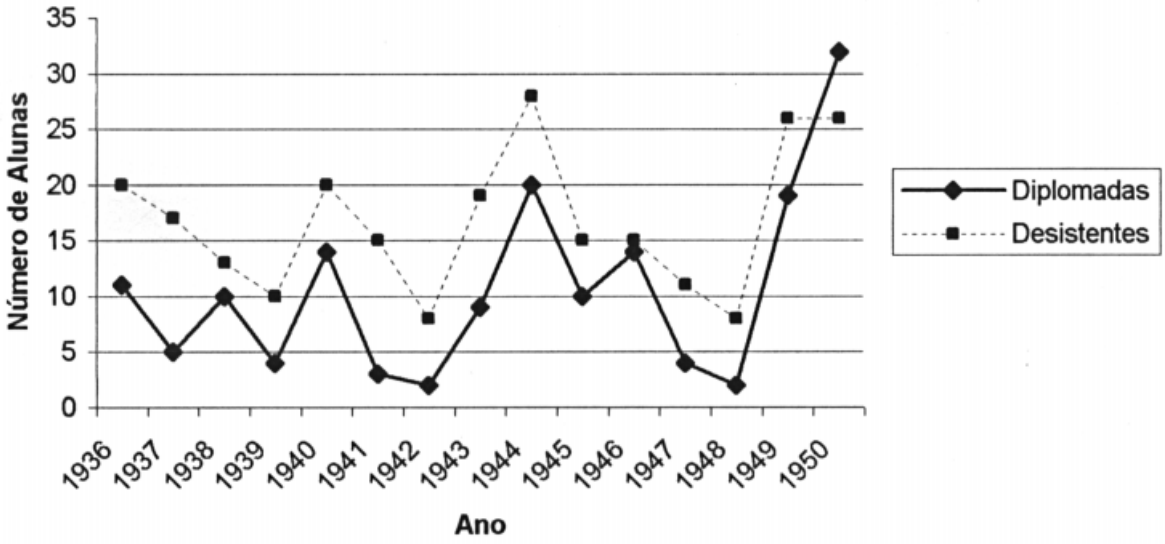
| Ocupação Anterior | Fi | % |
|---|---|---|
| Área de Saúde | 14 | 9,33 |
| Bordadeira | 3 | 2,00 |
| Costureira | 16 | 10,67 |
| Datilógrafa, área comercial e outros | 15 | 10,00 |
| Estudante | 14 | 9,33 |
| Irmã de caridade | 7 | 4,67 |
| Trabalhos manuais, doméstica e do lar | 16 | 10,67 |
| Professora | 51 | 34,00 |
| Não Informado | 14 | 9,33 |
| **Total** | **150** | **100,00** |

Se as candidatas ao curso de enfermagem possuíam ou não algum conhecimento e/ou preparo anterior na área da enfermagem, pode-se observar, na Tabela 5. Das 150 alunas diplomadas, 93 (62,00%) não possuíam nenhum conhecimento e 26 (17,33%) possuíam algum conhecimento sobre enfermagem. Este dado indica que a maioria das candidatas ingressava no curso de enfermagem praticamente sem ter noções sobre o trabalho da enfermeira. Este fato é muito significativo porque, nessa época, a desistência do curso era elevadíssima, como mostra o Gráfico 1. O alto índice de desistência poderia ser justificado pelo desconhecimento sobre o trabalho da enfermeira. Entretanto, as razões da evasão do curso e outras lacunas que este estudo, com certeza, deixará, serão motivo para novas pesquisas pelos autores do presente estudo.

Tabela 5 – Preparo ou conhecimento anterior em enfermagem pelas alunas diplomadas pela EECC: 1933-1950.

| Conhecimento | Fi | % |
|---|---|---|
| Sim | 26 | 17,33 |
| Não | 93 | 62,00 |
| Não Informado | 31 | 20,67 |
| **Total** | **150** | **100,00** |

**Gráfico 1 - Número de alunas desistentes e diplomadas pela EECC, 1936-1950**




**Naturalidade e Religião**

As alunas diplomadas eram provenientes de diferentes estados brasileiros, porém, a maioria (90,00%) era natural de Minas Gerais. Pode-se observar que as candidatas ao curso, quase em sua totalidade (92,59%), procediam de diversas cidades do interior mineiro, e um número pouco expressivo (7,41%) era da capital do Estado, conforme observa-se nas Tabelas 6 e 7. Esses dados indicam a falta de escolas para formação de mulheres no interior do estado. Por outro lado, o fato de a EECC possuir regime de internato funcionava como facilitador, pois, em decorrência desse aspecto, elas obtinham permissão dos familiares para ingressar na enfermagem.

**TABELA 6 - ESTADO DE ORIGEM DAS ALUNAS DIPLOMADAS PELA EECC: 1933-1950.**

| Natural de: | Fi | % |
|---|---|---|
| Alagoas | 2 | 1,33 |
| Bahia | 2 | 1,33 |
| Ceará | 1 | 0,67 |
| Maranhão | 3 | 2,00 |
| Minas Gerais | 135 | 90,00 |
| Rio de Janeiro | 5 | 3,33 |
| Sergipe | 1 | 0,67 |
| Pernambuco | 1 | 0,67 |
| **Total** | **150** | **100,00** |

**TABELA 7 - CIDADES MINEIRAS QUE ORIGINARAM MAIOR NÚMERO DE ALUNAS DIPLOMADAS PELA EECC: 1933-1950.**

| Natural de: | Fi | % |
|---|---|---|
| Belo Horizonte | 10 | 7,41 |
| São João Del Rei | 9 | 6,67 |
| Barbacena | 5 | 3,70 |
| Demais cidades | 111 | 82,22 |
| Total | 135 | 100,00 |

Tratando-se de religião, o Brasil é uma nação que, em teoria, defende a liberdade de culto religioso, apesar de ser ainda "um país católico". Assim, não podia ser diferente a orientação ou crença religiosa das alunas diplomadas. Ou seja, a maioria (92,67%) professava a religião católica, conforme apresenta a Tabela 8. É curioso o fato de algumas alunas se declararem "católica, apostólica, romana", o que pode ser entendido como uma alusão ao movimento de romanização do catolicismo iniciado no Brasil Império e que se estendeu até meados do século passado.

**TABELA 8 - RELIGIÃO DAS ALUNAS DIPLOMADAS PELA EECC: 1933-1950.**

| Religião | Fi | % |
|---|---|---|
| Católica | 139 | 92,67 |
| Evangélica | 3 | 2,00 |
| Não Informado | 8 | 5,33 |
| **Total** | **150** | **100,00** |

**Condições de saúde**

Nas fichas de inscrição das candidatas, os espaços para o registro do exame médico e, em algumas fichas, do exame do dentista, encontram-se em branco. Não foram encontrados outros documentos que permitissem obter informações sobre outros testes e/ou exames. Assim, foi possível levantar alguns dados sobre a vacinação anti-variólica (Tab. 9). Do total de 150 fixas examinadas, a maioria (59,33%) não possuía essa informação e (38,67%) indicaram que as candidatas informaram que tinham sido vacinadas. Já com relação à vacina anti-tífica, (62,67%) das fichas de inscrição não possuíam essa informação.

**TABELA 9 - VACINAÇÃO DAS ALUNAS DIPLOMADAS PELA EECC: 1933-1950.**

| | Anti-varíola | | Anti-tífica | |
|---|---|---|---|---|
| | **Fi** | % | **Fi** | % |
| Sim | 58 | 38,67 | 16 | 10,67 |
| Não | 3 | 2,00 | 40 | 26,67 |
| Não informado | 89 | 59,33 | 94 | 62,67 |
| **Total** | **150** | **100,00** | **150** | **100,00** |

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram apresentar uma caracterização do perfil da aluna diplomada pela Escola de Enfermagem Carlos Chagas no período de 1933 a 1950. Ademais, foi possível demonstrar que os critérios de seleção exigidos para o ingresso ao curso de enfermagem desde os primórdios de sua institucionalização como profissão, foram os adotados pela EECC, sendo que as suas candidatas enquadravam-se nos critérios estabelecidos em Regulamento.

O rigoroso processo seletivo das candidatas ao curso estabelecido pelas primeiras escolas de enfermagem era justificado em decorrência dos seguintes aspectos: "moralização" da prática da enfermagem; criação de uma profissão para a mulher reconhecida e legitimada pela sociedade; busca de construção de uma identidade profissional com status dentro das profissões da área da saúde; altas taxas de desistência ao curso o que ocorreria caso não houvesse uma seleção adequada e devido à possibilidade de as alunas, depois de formadas, não se adaptarem à profissão.

Mediante a análise e discussão dos dados foi constatado que o perfil delineado para a aluna diplomada pela Escola de Enfermagem Carlos Chagas se configurou como mulher; solteira; de 20 a 30 anos de idade; professora primária com curso normal; que desconhecia o trabalho da enfermeira antes do ingresso ao curso, proveniente do interior do Estado de Minas Gerais e que professava a religião católica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Minas Gerais. Decreto nº 10.952 de 7 de julho de 1933. Cria a Escola de Enfermagem Carlos Chagas. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 8 de julho de 1933.

2. Brasil. Lei nº 1.254 de 4 de dezembro de 1950. Dispõe sobre o sistema federal de ensino superior. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 8 dez. 1950.

3. Brasil. Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e das outras providências. Diário Oficial. da República Federativa do Brasil, Brasília, 13 ago, 1949.

4. Estado de Minas. Belo Horizonte, 05 jul. 1933.

5. Minas Gerais. Diário Oficial, Belo Horizonte, 06 jul. 1933.

6. Sauthier J, Barreira IA. As enfermeiras norte-americanas e o ensino da enfermagem na capital do Brasil: 1921-1931. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ; 1999.

7. Miranda CML. O parentesco imaginário. Rio de Janeiro: Editora Cortez, UFRJ; 1994.

8. Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Editora Cortez; 1986. 128 p.

9. Lima MJ. O que é enfermagem. São Paulo: Editora Brasiliense; 1994.

10. Miranda CML. O risco e o bordado: um estudo sobre a formação da identidade profissional. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ; 1996.

11. Alcântara G. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira [tese de concurso de professor titular]. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1966.

12.Barreira IA. A enfermeira Annanéri no país do futuro. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ; 1992.

13. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade . Rio de Janeiro: DP&A; 2002.

14. Nightingale F. Notas sobre enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989.

15. Stewart IM. Programa educativo de escolas de enfermagem. Conselho Internacional de Enfermagem: Genebra, 1934; SESP: Brasil, 1945.

16. Moreira MCM. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, nov. 1998, fev. 1999; (3): 621-45.

17. Minas Gerais. Decreto n. 11.384. Aprova o Regulamento da Escola de Enfermagem Carlos Chagas. Belo Horizonte: Imprensa Oficial; 12 de junho de 1934.

# PROCESSO TEÓRICO-METODOLÓGICO UTILIZADO EM PESQUISA COM ADOLESCENTES: EXPERIENCIANDO O GRUPO-PESQUISADOR[1]

## THEORETICAL-METHODOLOGICAL PROCESS USED IN RESEARCH WITH ADOLESCENTS: EXPERIENCING THE RESEARCH GROUP

## PROCESO TEÓRICO-METODOLÓGICO UTILIZADO EN INVESTIGACIÓN CON JÓVENES: LA EXPERIENCIA DEL GRUPO INVESTIGADOR

LEILA MEMÓRIA PAIVA MORAES[2]
VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA[3]

**RESUMO**
O estudo objetivou descrever o processo teórico-metodológico utilizado durante realização de pesquisa de mestrado com adolescentes institucionalizados, sensibilizando os profissionais de enfermagem para a viabilidade da metodologia empregada em pesquisas com adolescentes. Desenvolvido com adolescentes de ambos os sexos de um Abrigo Público. Proposta metodológica inspirada no referencial teórico-metodológico da sociopoética através do método do grupo-pesquisador, utilizando subsídios da teoria da análise institucional, favorecendo a expressão da criatividade, sensibilidade, liberdade de expressão e o emergir revolucionário do grupo através de oficinas vivenciais. O esboço produzido buscou descrever o método do grupo-pesquisador oriundo da sociopoética e conceitos operativos da análise institucional.
**Palavras chave:** Adolescente Institucionalizado; Pesquisa em Enfermagem; Pesquisa Metodológica em Enfermagem

**ABSTRACT**
This study aimed to describe the theoretical-methodological process used during accomplishment of a master's degree course research with institutionalized adolescents, touching the nursing professionals for the viability of the methodology used in research with adolescents. It was developed with adolescents of both genders from a Public Shelter. The methodological proposal was inspired in the sociopoetics's theoretical-methodological reference through the group-researcher's method, using subsidies of the institutional analysis theory, favoring the expression of creativity, sensibility, freedom of expression and the revolutionary emerging of the group through experiencial workshops. The sketch produced aimed to describe the group-researcher's method originated from the sociopoetics and operative concepts of the institutional analysis.
**Key words:** Adolescent institutionalized; Nursing research; Nursing Methodology Research

**RESUMEN**
El objetivo del presente estudio es describir el proceso teórico y metodológico utilizado en adolescentes institucionalizados durante la investigación para el máster. Su intención es que los profesionales de enfermería perciban la viabilidad de la metodología utilizada en la investigación con adolescentes de los dos sexos de un Abrigo Público. La propuesta metodológica se inspira en el referente teórico-metodológico de la sociopoética a través del método del grupo-investigador y se basa en la teoría del análisis institucional que favorece la creatividad, sensibilidad, libertad de expresión y el sobresalir revolucionario del grupo por medio de talleres vivenciales. El esbozo busca describir el método del grupo-investigador basado en la sociopoética y conceptos operacionales del análisis institucional.
**Palabras clave:** Adolescentes institucionalizados; Investigación en Enfermería; Investigación Metodológica en Enfermería

[1] Texto construído a partir de dissertação de Mestrado em Enfermagem defendida em março de 2003 no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

[2] Enfermeira do Departamento de Saúde Pública da Secretaria de Municipal de Saúde de Uberaba, Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo – EERP-USP.
[3] Enfermeira, Professora Livre-docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –Universidade de São Paulo- EERP-USP.
Endereço para correspondência: Av. Santa Beatriz 1750, Apto 505 Ed. Trinidad - CEP 38050 000. Uberaba M.G. - E-mail: *marildacardoso@netsite.com.br*

## INTRODUÇÃO

A sociedade vivencia um processo de massificação do uso das drogas psicoativas que trazem, em sua origem, determinantes de ordem socioeconômica e cultural, próprios determinantes do mundo contemporâneo.

Pela complexidade de que se reveste essa problemática, não podemos deixar de discuti-la, olhando-a de frente, sem falso moralismo, sem preconceitos ou quaisquer outras justificativas, pois só assim podemos nos aproximar, entender e achar saídas para ajudar tantos que padecem dos agravos da dependência química. Não podemos ignorar esses fatos ou simplesmente evitar sua discussão, pois, dessa forma, o problema do uso de drogas só se complicará, trazendo sérias conseqüências, como desordem pessoal, familiar e social.

Destacamos, em especial, o uso abusivo de drogas entre os adolescentes, grupo que vem aumentando seu consumo. O uso indevido de drogas dá-se cada vez mais cedo (por volta dos dez anos de idade), em ambos os sexos.[1]

A motivação para estudar a dependência química em adolescentes sempre esteve presente. Restava-nos uma dúvida: que metodologia deveríamos utilizar para viabilizar nosso trabalho, já que os sujeitos da pesquisa, escolhidos para compor nossa dissertação de mestrado, eram adolescentes institucionalizados, apresentando-se cheios de energia, inquietos e eufóricos, com histórias de vida marcadas por preconceitos, infância conturbada e muitos outros fatos negativos. Fomos então buscar inspiração no referencial teórico-metodológico da sociopoética.

Nossa preocupação voltou-se para esses adolescentes, por considerarmos que, ao vivenciarem uma fase de transição, essa se traduz em um momento de crise caracterizada pela metamorfose à qual são submetidos na passagem entre a infância e a vida adulta. E foi sobre a relação do adolescente com drogas psicoativas que nos debruçamos ao utilizar o método do grupo-pesquisador, originado do referencial teórico-metodológico da sociopoética. Através desse método desenvolvemos a pesquisa de dissertação de mestrado, a qual procurou apreender os sentimentos de um grupo de adolescentes institucionalizados, no que diz respeito à sua relação com as drogas. Para que isso ocorresse, procurou-se favorecer a expressão de sentimentos relativos ao uso de drogas, através de dispositivos criativos, e identificar o modo como vivenciam o uso de drogas em seu cotidiano, sendo viabilizado através da criação de um espaço de expressão do subjetivo, utilizando a criatividade e a liberdade de expressão, condição praticamente inexistente em seu meio, considerando-se que eram meninos e meninas institucionalizados.[2]

Julgamos ser este estudo de grande relevância para todos os envolvidos com a problemática do consumo de drogas psicoativas entre adolescentes, dada a peculiaridade da proposta metodológica utilizada, pois buscou-se apreender, junto ao grupo pesquisado, os modos como ele lida com essa questão. Com isso, pensamos poder contribuir para uma maior aproximação e desmitificação do assunto, possibilitando uma intervenção adequada.

A relevância do estudo dá-se, ainda, pela importância de conhecermos como a enfermagem pode estar se utilizando de metodologias inovadoras para que possa construir seu conhecimento científico, utilizando concomitante arte e ciência.

Esse artigo tem como objetivo descrever o processo teórico-metodológico utilizado durante a realização da pesquisa de dissertação de mestrado com adolescentes institucionalizados, sensibilizando, ainda, os profissionais de enfermagem para a viabilidade da proposta metodológica do grupo-pesquisador a ser empregado em futuras pesquisas com grupo de adolescentes.

## DESCREVENDO O PROCESSO TEÓRICO–METODOLÓGICO DE UMA PESQUISA COM ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS

Trata-se de uma abordagem do tipo qualitativa, visto que nosso objetivo geral foi apreender os sentimentos dos adolescentes dependentes químicos institucionalizados com relação ao uso de drogas.

A pesquisa qualitativa responde a questões subjetivas, preocupando-se com um nível de realidade não quantificável nas ciências sociais, trabalhando com significados, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos apenas à operacionalização de variáveis.[3] Entretanto, esse tipo de abordagem disponibiliza uma grande variedade de referenciais metodológicos. Optamos por algo inovador, que proporcionasse a oportunidade de trabalhar a sensibilidade, a criatividade e a relação com o outro. Elegemos a sociopoética por entendermos que ela oferece suporte para isso, além de introduzir um pouco da fertilidade da arte no árido terreno da pesquisa.

A sociopoética abre espaço para que possamos valorizar e trabalhar alguns pontos, entre eles a importância do corpo como fonte de conhecimento, ou seja, o corpo como algo passível de desencadear potências criadoras; a importância da participação dos sujeitos da pesquisa como co-pesquisadores e a utilização da criatividade de tipo artístico no aprender, no conhecer e no pesquisar, isto é, no próprio processo de pesquisa.[4]

Realizamos um trabalho inspirado na sociopoética, adotando uma das ferramentas desse referencial teórico-metodológico, aquela que, segundo o seu criador Jacques Gauthier, corresponde a seu centro vivo: o método do grupo pesquisador. Inicialmente, despojamo-nos da visão convencional de pesquisa, tão institucionalizada na nossa formação acadêmica. Abrimos espaços para a descoberta e o encontro de outras verdades e leituras no mundo da cientificidade, especificamente no mundo da enfermagem, criando condições para uma prática prazerosa no processo de pesquisar ou produzir conhecimento.

Epistemologicamente falando, a sociopoética foi gerada num encontro entre a pedagogia do oprimido de Paulo Freire, a análise institucional, a escuta mitopoética de René Barbier e a educação simbólica. Da pedagogia do oprimido, herdou o método do grupo-pesquisador; da análise institucional, a idéia de dispositivo, onde este pode ser

considerado uma técnica, um diário de pesquisa ou a própria ritualização da pesquisa, caracterizando-se por um (uns) lugar(es), um (uns) tempo(s), ritmos, pessoas, objetos, dinheiro, tarefas, que permitem "objetivar", isto é, tornar visível o que era escondido na vida ordinária(4); da escuta mito-poética de René Barbier, que destaca a importância de se escutarem as falas e os silêncios que ritmam os processos de criação, o pesquisador ou professor deve aprender a escutar as falas e os silêncios que ritmam os processos de criação em cada ser. Pois esses ritmos pertencem integralmente ao processo de produção de conhecimento.[4] E por último, da educação simbólica, herdou a ênfase ao processo de educar e pesquisar como algo que proporcione mais prazer, harmonia, respeito e felicidade para todos os envolvidos na pesquisa.

Entendemos que seja importante para a enfermagem ao fato de que seus pesquisadores aproximarem-se de referenciais que, como a sociopoética, ajudem-nos a superar a dicotomização entre arte e ciência, tão presente na nossa prática. Na busca por um status quo em meio à produção de conhecimento, a enfermagem contemporânea tem se dedicado avidamente a enfatizar os aspectos científicos desta produção. Apesar de entendermos a importância dessa busca, não acreditamos que ela deva se dar em detrimento de outras possibilidades de construção. A sociopoética é mais uma forma de construir conhecimento. "Há que se diversificar; há que se caleidoscopizar. Não em busca de uma totalização, mas sim numa tentativa de abrir novos caminhos.(...) Das limitações, nascem as alternativas e surge, inquietante, a vontade de criar um terceiro lugar. Um lugar que, antes de nos (de)limitar, abra possibilidades múltiplas".[5:66]

## O MÉTODO DO GRUPO-PESQUISADOR

A formação do grupo-pesquisador foi um dos pontos altos desta pesquisa, já que se trata de um estudo de inspiração sociopoética. Nele, os sujeitos da pesquisa fazem um elo entre o pesquisador oficial e a realidade que se quer conhecer. Através do grupo-pesquisador os sujeitos da pesquisa tornam-se verdadeiros co-pesquisadores, contribuindo para a construção do conhecimento e participando de todas as decisões do processo de pesquisa. Ocorre uma quebra do tradicional processo de relação pesquisador/objeto de estudo.[4]

É importante pôr a construção coletiva do saber a serviço da compreensão e aceitação do homem. O saber produzido pelo grupo tem significado tanto para o pesquisador como para os demais participantes da pesquisa, representando vozes, sentimentos e percepções destes, traduzindo-se em uma linguagem que pode ser entendida dentro e fora do âmbito da academia. Sendo assim, os sujeitos da pesquisa não podem ser percebidos como simples fornecedores de dados e, em seguida, desprezados como se o resultado final nada tivesse a ver com eles.[6]

O método do grupo-pesquisador pode ser descrito em seis momentos.[4]

• A entrada no grupo sujeito da pesquisa (a formação do grupo-pesquisador): o facilitador da pesquisa deve negociar a sua entrada e sua aceitação pelos sujeitos da pesquisa, pois é importante identificar se o grupo expressa realmente interesse pela pesquisa em questão. Disso depende grande parte do sucesso de uma pesquisa sociopoética, pois o desejo do grupo (inclusive o do facilitador) é que vai possibilitar o desenvolvimento da pesquisa.

Essa fase geralmente representa um momento tenso para o pesquisador, pois os primeiros contatos com o universo da pesquisa podem gerar tensão, ansiedade e medo. A negociação de uma pesquisa sociopoética resulta em momento de tensão que mexe com os sentimentos do pesquisador, levando-o a pensar sobre a necessidade de seduzir e envolver os participantes e sobre o medo de não ser aceito devido ao poder que detém, como facilitador, no desenvolvimento da pesquisa.[5]

• A escolha do tema a ser pesquisado: o tema inicial ou tema gerador deve ser de interesse do grupo-pesquisador. Talvez seja por isso que esse momento geralmente se constitui no estabelecimento de conflitos pela incompatibilidade entre o tema selecionado pelo pesquisador e o interesse do próprio grupo-pesquisador em pesquisá-lo. O facilitador pode sugerir ao grupo que escolha o tema ou, como geralmente ocorre numa pesquisa acadêmica, levar um determinado problema de pesquisa para o grupo. Entretanto, essa sugestão não é fechada e pode, inclusive, ser modificada caso o interesse do grupo recaia sobre outro tema. Daí ser necessário identificarmos os saberes e os desejos do grupo. Para isso, consideramos de grande relevância, na pesquisa sociopoética, o uso do diário institucional ou diário coletivo de pesquisa. Nele, o grupo-pesquisador poderá colar, escrever, pintar ou desenhar durante todo o período de realização da pesquisa, sendo interessante que esse diário seja lido em público, a cada encontro do grupo, seguido de uma discussão. Geralmente é no diário coletivo de pesquisa que o grupo expressa seus desejos íntimos. Esse material deverá fazer parte do conjunto dos dados produzidos e da análise final do processo.

• A produção de dados: nessa fase é indispensável a ritualização da pesquisa sem, no entanto, perder a circulação dos fluxos que atravessam o grupo. Deve ser propiciada pela utilização de técnicas de relaxamento, as quais devem anteceder a implementação de qualquer técnica de pesquisa. Sobre relaxamento, "[...] ele é um momento da pesquisa, mesmo. Os membros do grupo pesquisador devem conseguir baixar o seu nível de controle consciente, a fim de que se expressem os saberes enterrados e imersos, os ventos raros, as larvas congeladas pela história coletiva e individual".[4:53]

No próprio relaxamento, os co-pesquisadores são convidados pelo facilitador a viajarem pela imaginação, fazendo livres associações com o tema gerador da pesquisa. Depois, é encaminhada a produção de dados referentes ao tema em questão, através da utilização de vivências grupais que possibilitem a criação de um espaço de expressão da criatividade e dos sentimentos do grupo-pesquisador.

Nesse momento, recorre-se a técnicas que aguçam a linguagem simbólica e criativa, permitindo assim ultrapassar a simples dimensão consciente do pensamento dos co-pesquisadores. Gauthier explica, ainda, que o empre-

go de técnicas diferentes diversifica os resultados de uma pesquisa.[4]

Utilizamos a expressão produção de dados e não coleta de dados, por considerarmos, que os mesmos são produzidos pela ação dos pesquisadores e pela sua aceitação, ou seja, "[...] não se deve falar de "coleta de dados", uma vez que os dados não aparecem espontaneamente na realidade vivenciada, mas são produzidos pela ação dos pesquisadores e pela sua aceitação, mais ou menos ampla, pelos pesquisados. Uma entrevista produz dados; ela coleta nada".[4:45]

• A análise-experimentação dos dados: nesse quarto momento da pesquisa, também é essencial a participação do grupo. Essa fase realiza-se em duas etapas: na primeira, o grupo-pesquisador inicia o comentário dos dados produzidos. O grupo, então, traz à tona todos os elementos que o constituem, tudo aquilo que foi capturado ao longo da sua vida e que agora possa ser utilizado como referencial de análise, surgindo possíveis interrogações, reflexões e até revelações, tendo o facilitador uma participação discreta. "Os facilitadores participam discretamente desse momento. Sensíveis à fala do grupo como se fosse uma fala sagrada, os facilitadores respeitam mais ainda esse grupo que ousar, em seguida, contrapor sua fala, afirmar sua diferença".[4:46] É importante que o grupo "experimente" os dados, sempre utilizando técnicas criativas que mexam ainda mais com a imaginação e o inconsciente. Em seguida, o facilitador da pesquisa também experimenta os dados utilizando-se de ângulos diferentes. Em primeiro lugar, o facilitador realiza a análise de toda a produção plástica do grupo. É importante que a análise desse material ocorra separadamente, pois se trata de um tipo de expressão bastante diferente da oral ou escrita. No segundo momento, o pesquisador oficial irá analisar a produção verbal do grupo, procurando multiplicar ao máximo as possibilidades de produção de conhecimento. Por isso, esse momento também pode ser chamado de experimentação, pois esta análise se dá exatamente através da manipulação dos dados pelo grupo, em uma prática de provar, combinar e mesclar, produzindo uma multiplicação de diversas possibilidades de construção do conhecimento.

• A contra-análise dos dados: nesse quinto momento da pesquisa, após o pesquisador oficial ter analisado os resultados da fase anterior, ele devolverá ao grupo-pesquisador o resultado de suas análises para que possa avaliá-las, aceitando-as, alterando-as ou rejeitando-as e posteriormente propor a sua contra-análise. "Os facilitadores nunca têm o direito de considerar suas análises e experimentações como "a verdade", ou o "sentido último" das falas e colocações do grupo".[4:48] Nessa fase da pesquisa, o pesquisador oficial deve ter abertura a críticas, novos direcionamentos e experimentações sugeridas por membros do grupo-pesquisador.

• A socialização da pesquisa: nesse sexto momento de uma pesquisa sociopoética, todas as decisões devem ser tomadas coletivamente. Geralmente essa finalização da pesquisa se dá com a elaboração de uma proposta de socialização do conhecimento produzido que envolva também o grupo-pesquisador. Na pesquisa sociopoética, é interessante que criemos possibilidades para que o grupo-pesquisador também produza um produto final de sua pesquisa. Este produto não tem de ser, necessariamente, uma publicação, pode ser desde uma exposição, uma música, uma peça teatral, ou outra forma que o grupo deseje expressar. O importante é que a decisão seja democrática e aberta à criatividade do grupo.

A seqüência descrita faz parte do método do grupo-pesquisador, o qual apresenta certas exigências que devem ser respeitadas tanto pelos facilitadores da pesquisa como pelos co-pesquisadores. Esses seis momentos de construção foram desenvolvidos ao longo da pesquisa de mestrado, cuidadosamente, respeitando o rigor do método, preservando a privacidade e o sigilo dos dados produzidos, o anonimato dos integrantes do grupo, a obtenção do consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa ou seu representante legal, conforme determina a Resolução 196/96, sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE de Protocolo número 19/02.

## CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DA PESQUISA E OS CO-PESQUISADORES

O local escolhido para realização do estudo foi uma unidade pública do tipo Abrigo, destinada ao atendimento de adolescentes de ambos os sexos em situação de risco da cidade de Fortaleza-Ceará. Esse serviço faz parte de uma rede de assistência à criança e ao adolescente vinculado à Secretaria de Ação Social do Estado do Ceará. Assim como sugere o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), consideramos que criança é a pessoa que tem até doze anos de idade incompletos, e adolescentes, aqueles entre doze e dezoito anos de idade.[7]

Escolhemos esse abrigo por se constituir num recurso de internação total para aqueles em situação de risco pessoal e social, tendo capacidade máxima para quarenta e cinco adolescentes que permanecem em regime de semiliberdade, tendo livre acesso à educação formal e comunicação com outros adolescentes, com a sociedade diariamente e com seus familiares nos finais de semana e feriados.

Outro ponto considerado importante na escolha do local e grupo trabalhado foi que grande parte destes adolescentes é recolhida nas ruas, fazendo uso de substâncias psicoativas, geralmente associado à prática de atos de violência, furtos e prostituição. O encaminhamento para o atendimento nessa unidade é viabilizado como medida de proteção, em caráter provisório e excepcional. Raramente são encaminhados menores infratores, ficando estes sob a responsabilidade de outras instituições também ligadas à Secretaria de Ação Social do Estado do Ceará.

O grupo-pesquisador foi constituído por adolescentes de ambos os sexos, vinculados a essa unidade pública. Formamos um grupo de 15 co-pesquisadores, considerando como pré-requisito básico para fazer parte da pesquisa: ter disponibilidade e interesse em participar.

## A PRODUÇÃO DOS DADOS ATRAVÉS DE OFICINAS VIVENCIAIS

Para produção de dados utilizamos oficinas vivenciais, que ocorreram em espaço do próprio abrigo. Para sua realização dispúnhamos dos seguintes recursos: aparelho de som, lousa, máquina fotográfica e materiais diversos para produções artísticas (balões, canetas, tesouras, cola, tintas, diversos tipos de papéis, lápis de cera, revistas, jornais, vendas para os olhos e outros). Através da utilização de técnicas grupais, ocorreu a construção coletiva do conhecimento.

Oficinas vivenciais, através da utilização de técnicas grupais criativas, tornam os participantes mais desinibidos, comunicativos, questionadores, com maior capacidade de reflexão, de tomada de decisão, desenvolvendo sua autonomia, autocuidado e auto-estima, capacitando-os em direção a mudanças nas relações consigo mesmos, com os outros e com o meio em que vivem.[8] No entanto, defendemos a idéia de que, para que isso realmente ocorra, as técnicas utilizadas e a postura do facilitador são fundamentais. Para desenvolver uma postura adequada, muitas vezes, é necessário rompermos com algumas implicações que carregamos durante toda a nossa vida.

Negociamos com o grupo-pesquisador a realização de oito encontros. Cada um deles teve um tempo médio de duas horas e uma periodicidade que foi programada de acordo com a disponibilidade dos participantes do grupo e da própria instituição em que eles estavam inseridos. Os encontros foram distribuídos da seguinte forma: uma oficina de negociação com o grupo-pesquisador, quatro oficinas de produção de dados, duas de análise de dados, uma oficina de restituição dos dados.

Como temática geradora das oficinas, foi escolhido o seguinte tema, "Drogas: relação de violência e prazer". No decorrer dessas oficinas fomos trabalhando com técnicas grupais que utilizassem as cores, partindo do princípio de que elas formariam as categorias referenciais ao serem analisadas. A alusão a cada uma delas resultou nas categorias empíricas do estudo.

Utilizamos as cores primárias azul, amarelos, vermelho, a cor secundária verde, e o tom luz, que é o branco. Não utilizamos o preto por este não ser considerado uma cor, mas uma mistura de todas as outras. Lançamos mão das cores porque, ao iniciarmos os trabalhos de produção, sentimos que o grupo se relacionava muito bem com as diversas cores e, a cada encontro, constatávamos que através delas havia melhor fluidez de pensamentos.

Em cada oficina era utilizada uma técnica grupal diferente, porém tendo o mesmo objetivo, ou seja, produzir dados sobre a relação entre drogas, violência e prazer na vida do adolescente institucionalizado.

Para ilustrarmos, daremos exemplo de uma das oficinas realizadas, com a utilização da técnica "se nossa vida fosse uma cor". Nessa técnica, delimitamos espaços na sala com as cinco cores, definindo-os como ilhas: azul, vermelha, branca, verde e amarela. Os participantes deveriam escolher aquela ilha que possuísse a cor com que eles mais se identificassem e, em seguida, já formados os subgrupos, deveriam produzir um painel com tinta guache da cor escolhida. A frase desencadeadora era: "Se minha vida fosse verde, amarela... como seria essa vida?" Os adolescentes foram despertados para o fato de que sempre deveriam relacionar a pergunta norteadora ao tema gerador, pensando a relação entre drogas, prazer e violência nas suas vidas.

Ao confeccionarem o painel com a produção de cada co-pesquisador, o grupo demonstrou uma íntima relação de suas vidas com aquelas cores e com a própria droga, trazendo fragmentos de vivências representadas naquele conjunto de desenho/pintura/cor.

Além das oficinas, utilizamos, também, a técnica do "Diário Coletivo da Pesquisa", considerada como mais uma forma de produção de dados, pois, nesse tipo de abordagem o diário lança mão do potencial imaginativo do grupo.

## ANALISANDO OS DADOS: UMA EXPERIÊNCIA JUNTO AO GRUPO-PESQUISADOR DE ADOLESCENTES

Realizamos a análise dos dados produzidos em dois momentos distintos. O primeiro dedicou-se à descrição do processo da pesquisa por meio de oficinas vivenciais baseadas no método do grupo-pesquisador, sem deixar escapar nenhum fato ou relações ocorridos. Nesse momento, resgatamos e valorizamos tudo o que foi vivido, demonstrando a aplicação do método junto a grupos de adolescentes.

O segundo momento deu-se por intermédio da identificação de categorias empíricas de análise, tendo como categorias referenciais as cores utilizadas na produção dos dados.

Essas categorias empíricas foram criadas a partir da produção dos dados pelo grupo-pesquisador, em que procuramos destacar as palavras que os adolescentes mais associavam a cada cor, como também através da análise que o grupo fez de seus desenhos e das respectivas cores utilizadas, resultando nessa categorização.

Ao final tivemos a seguinte relação entre as categorias referenciais (cores) e categorias empíricas (temas): vermelho - violência, incertezas, prazeres e paixões, fúria; branco - paz e tranqüilidade; azul - espiritualidade, amizade e prosperidade; amarelo - harmonia, serenidade e alegria; verde - esperança, encontro com a natureza e renovação da vida.

Por se tratar de um abrigo, o adolescente geralmente é visto como alguém que a qualquer momento irá fazer algo de errado e que na escala de poderes é aquele que detém menos, tornando-se mais submisso a tudo e a todos. Desse modo, ao realizarmos a análise dos dados, optamos por adotar um referencial teórico que nos possibilitasse iluminar alguns aspectos percebidos no decorrer da pesquisa. Encontramos este suporte teórico na Análise Institucional, notadamente no Movimento Institucionalista. "O Movimento Institucionalista é um conjunto heterogêneo, heterológico e polimorfo de orientação, entre os quais é possível encontrar-se pelo menos uma característica comum: sua aspiração a deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais".[9:11]

No decorrer da pesquisa, fomos percebendo o despontar de dados não esperados, mas que na verdade mostravam-se fortemente reveladores dos processos de institucionalização a que estavam submetidos os adolescentes do grupo-pesquisador: relações de poder muito fortes e implicações que fomos experimentando com relação a isso. Assim, identificamos na Análise Institucional a ferramenta necessária para que pudéssemos analisar os produtos paralelos da pesquisa. "[...] a análise institucional interessa-se por tudo aquilo que a ciência instituída considera residual, sem importância, ou até indesejável a sua "objetividade", na pesquisa. Nesse sentido, os "achados" não previstos e obtidos pelo próprio processo investigativo, embora freqüentemente pareçam fugir ao assunto pesquisado – e, em geral sejam considerados "paralelos"- o são apenas aparentemente. ... com certeza, interferem de alguma forma na metodologia adotada e nos decorrentes resultados oficiais".(10:126)

Visualizamos fatos ou acontecimentos que, podem ser denominados produtos paralelos de uma pesquisa. Nessa pesquisa, estes produtos foram surgindo durante os trabalhos em grupo e sua revelação se tornou possível devido às propostas autogestivas do grupo.(10)

A Análise Institucional apresentou-se no estudo através de conceitos que foram sendo utilizados no decorrer do relatório final da pesquisa. Entre esses conceitos tivemos:

• **Analisador:** são acontecimentos que surgem e podem mexer com os dispositivos, a ponto de possibilitarem que a instituição seja revelada. A noção de analisador é utilizada como elemento que permite a análise e revela a estrutura da instituição.(11)

• **Instituição:** para a análise institucional, instituição não é algo observável, objetivo, como um prédio, mas sim uma dinâmica contraditória que se constrói na história ou no tempo. O tempo é citado como exemplo de instituição: dez anos para a institucionalização de crianças deficientes, ou dois mil anos para a institucionalização da igreja católica. De certa forma, é através dela que surge um movimento (o instituinte), um resultado (o instituído) e um processo (a institucionalização).(12)

Poderíamos, ainda, defini-la como um conjunto de organizações das relações sociais entre indivíduos, ou de uma forma mais clara, normas que regem essa organização. Precisamos levar em consideração ao definir instituição que a instituição "[...] é atravessada por vários níveis distintos, o que remete necessariamente ao estudo de sua transversalidade como de seus membros, com o objetivo de permitir o acesso ao discurso instituído e ao sistema de poder dentro dela".(11:14)

• **Instituinte:** o instituinte é o processo deflagrado por forças produtivo-desejante-revolucionárias que têm como resultado a fundação ou transformação de uma instituição. (9) O instituinte pode ser representado por uma pessoa, uma atividade que foge à rotina, um acontecimento inesperado, ou seja, qualquer fato que venha a romper com a ordem instituída. "[...] são forças de transformação que contestam o instituído e demandam novas normas".(11:15)

• **Instituído:** é o resultado da ação instituinte que quando produzido pela primeira vez, diz-se que se fundou uma instituição. O instituído cumpre um papel histórico importante porque vigora para ordenar as atividades sociais essenciais para a vida coletiva. Para que os instituídos sejam eficientes devem permanecer abertos às transformações com que o instituinte acompanha o devir social. Entretanto, é característica intrínseca ao instituído procurar permanecer estático, reagindo ao novo, proporcionado pelo instituinte visando à manutenção do status quo.(9) A luta constante entre instituinte e instituído tem como produto a institucionalização.

• **Institucionalização:** "[...] a institucionalização é o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução".(12:12) Essa mesma institucionalização pode ser vista como sendo "[...] a fase de resolução da contradição inicial – o instituinte contra o instituído; e também o reconhecimento das novas normas que emergem".11:15

• **Análise da implicação:** "[...] a análise das implicações é o cerne do trabalho socioanalítico, e não consiste somente em analisar os outros, mas em analisar a si mesmo a todo momento".12:36 Estas podem ser implicações libidinais (afetos, motivações), ideológicas, políticas, materiais, entre outras. Ao se analisar implicações na pesquisa, procura-se: "[...] não fazer um isolamento entre o ato de pesquisar e o momento em que a pesquisa acontece na construção do conhecimento. Quando falamos em implicação na pesquisa, nos referimos ao conjunto de condições da pesquisa. Condições inclusive materiais, onde o dinheiro tem uma participação tão econômica quanto libidinal".(12:16)

Ao longo deste estudo fomos explicitando e explicando as implicações que experimentamos durante o processo de pesquisa, tanto as nossas como as dos co-pesquisadores. Diante disso, "[...] nunca somos testemunhas objetivas observando objetos, e sim sujeitos observando outros sujeitos".(13:167) E ao apagarmos as marcas de nossa implicação pessoal no objeto de estudo, é que corremos o risco de afastarmo-nos da objetividade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa pesquisa que utiliza o método do grupo-pesquisador é notória a riqueza do processo, não só para nós, pesquisadores responsáveis, mas, também para o grupo-pesquisador. Toda a construção coletiva teve marcas de pegadas e matizes de uma aquarela pintada a várias mãos; nela as cores esboçaram sentimentos, vivências, experiências compartilhadas e criação de novos conceitos.

Com este estudo, adentramos no enigmático mundo das drogas, sendo guiados por um grupo de adolescentes institucionalizados, através dos caminhos sinuosos de suas vivências, buscando propiciar dispositivos não convencionais que lhes permitissem expressar seus sentimentos na relação entre drogas, violência e prazer.

Para trabalharmos tal problemática na perspectiva que estávamos nos propondo, fomos buscar inspiração em

muitos conceitos da sociopoética e da análise institucional. Da primeira, apropriamo-nos, principalmente do método do grupo-pesquisador, da segunda a análise das nossas implicações, como também uma forma de entender as relações que foram acontecendo no ato da pesquisa, ou seja, os produtos paralelos da pesquisa.

O estudo sociopoético considera os sujeitos da pesquisa como atores, os quais transformam-se em grupo-pesquisador, sendo co-autores de toda produção. Diante disso é que ressaltamos o quanto a ciência pode ser favorecida por este referencial teórico-metodológico que busca valorizar os sujeitos co-pesquisadores, propondo a percepção das dimensões afetivas, sensitivas, intuitiva, imaginativa e, também, racional no processo de pesquisa.

A utilização do método do grupo-pesquisador mostra-se um campo fértil para a pesquisa em enfermagem por possibilitar uma abordagem mais humanizada do outro. Ao trabalharmos nessa abordagem, o ser humano é o elemento chave da investigação, possibilitando a criação de espaços para o emergir da subjetividade, sensibilidade, criatividade e expressão de sentimento, elementos considerados primordiais nessa área profissional.

Através da sociopoética passamos a perceber a pesquisa como um momento de ousadia, abrindo espaço para o emergir criativo "do grupo e dos indivíduos, aberta a poética da existência".[4:50] Visualizamos na sociopoética uma possibilidade muito fértil de inovação na pesquisa qualitativa.

O estudo foi considerado um espaço propício para o aprendizado entre os co-pesquisadores, onde todos tiveram a oportunidade de aprender uns com os outros, resgatarem sua auto-estima, o doce sabor da vida, se autodescobrirem, falarem de suas vidas e seus sentimentos quanto às drogas e também vivenciarem o momento das oficinas como sendo um espaço terapêutico.

O estudo também se debruçou na percepção, descrição e análise de alguns fatos que ocorreram nos bastidores. Embora não fazendo parte dos objetivos, estes produtos paralelos, acabaram interferindo diretamente ou indiretamente na busca desses reais objetivos. E foi no referencial teórico da análise institucional que encontramos subsídio para entender e descrever esses achados, tornando-os dados valiosos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Carlini EA. IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1° e 2° grau em 10 capitais brasileiras. São Paulo: UFSP/CEBRID; 1997.

2. Moraes LMP. Adolescentes institucionalizados e sua relação com as drogas: uma abordagem de inspiração sociopoética [dissertação]. Fortaleza(CE): Universidade Federal do Ceará; 2003.

3. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis,RJ: Vozes; 1994. 80p.

4. Gauthier J. Sociopoética: encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais enfermagem e educação. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery/UFRJ; 1999. 96p.

5. Silveira, LC, Martins FCCL, Braga VAB. A Enfermagem nas teias da sociopoética. In: Fraga MNO, Braga VAB, Sousa AMA. Políticas de saúde, saúde mental e interdisciplinaridade: avaliação e métodos. Fortaleza: DENF/UFC/FFOE/FCPC; 2001. p.65-71.

6. Santos I, Gauthier J. Enfermagem: análise institucional e sociopoética. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ; 1999. 210p.

7. Ceará. Secretaria do Trabalho e Ação Social. Fundação Estadual do Bem Estar do Menor do Ceará - FEBEMCE. Estatuto da criança e do adolescente. Fortaleza: Imprensa Oficial do Ceará - IOCE; 1990. 139p.

8. Said FA. Dinâmicas pedagógicas na perspectiva da educação em saúde. Curitiba: Edição do Autor; 2001. 94p.

9. Baremblitt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 2a. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1994.

10. Petit SH. Dos produtos paralelos de uma pesquisa. Rev. Depto. Psicol. Univ. Fed. Fluminense, Rio de Janeiro, 2001; 13(1):125-44.

11. Altoé S. Infâncias perdidas: o cotidiano nos internatos - prisão. 2a. ed. Rio de Janeiro: Xenon; 1990.

12. Lourau R. Análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: Gráfica UERJ; 1993.

13. Laplatine F. Aprender antropologia. São Paulo: Brasiliense; 1998.

# ALOJAMENTO MATERNO: CONSTRUINDO UMA ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

## MOTHER-CHILD JOINT LODGING: BUILDING A STRATEGY OF HUMANIZATION IN CARE

## ALOJAMIENTO MATERNO: CONSTRUYENDO UNA ESTRATEGIA DE ASISTENCIA HUMANIZADA

Erika Dittz[1]
Lélia Maria Madeira[2]
Elysângela Dittz Duarte[3]

**RESUMO**
Trata-se de um relato de experiência sobre a implantação do Alojamento Materno no Hospital Sofia Feldman (HSF), tendo como objetivo apresentar e discutir a assistência oferecida às mães de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do HSF. Esta iniciativa busca facilitar e estimular a permanência da mãe junto ao seu filho internado na UTIN, contribuindo, também, para a formação e fortalecimento do vínculo mãe-filho. Tendo o cuidado centrado na família e a humanização da assistência como referenciais teóricos, tem sido possível constatar seus benefícios para a criança/mãe/família, o que indica a necessidade de aperfeiçoamento da experiência.
**Palavras-chave:** Alojamento conjunto; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Relações Familiares

**SUMMARY**
This is a report of an experience on the implementation of joint lodging in the Sofia Feldman Hospital, in Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil, with the objective of presenting and discussing the care given to mothers of newborn babies in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of this hospital. This initiative has the intention of facilitating and encouraging mothers to stay with their children in the NICU in order to strengthen the bond between mother and child. With care centered on the family and the humanization of care as theoretical references, it has been possible to observe the benefits for the child/mother/family, which shows the need to improve the experience.
Key Words: Rooming-In Care; Intensive Care Units; Family Relations

**RESUMEN**
Se trata de un relato de experiencia sobre la implantación del Alojamiento Materno en el Hospital Sofía Feldman (HSF). Su objetivo es presentar y discutir la asistencia ofrecida a las madres de los recién nacidos internados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del HSF. Esta iniciativa busca facilitar y estimular la permanencia de la madre junto a su hijo internado en la UTIN, contribuyendo, entre otros, a la formación y fortalecimiento del vínculo madre-hijo. Con los referentes teóricos del cuidado centrado en la familia y la asistencia humanizada se han podido constatar los beneficios para la familia/madre/hijo lo cual indica la necesidad de continuar perfeccionando la experiencia.
**Palabras clave:** Alojamiento Conjunto; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Relaciones Familiares.

[1] Terapeuta Ocupacional do Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte/MG, Especialista em Neuropsicologia, aluna especial do Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG.
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Coordenadora da Linha de Ensino e Pesquisa do HSF, professora aposentada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG
[3] Enfermeira do Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte/MG, Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG
Endereço para correspondência: Av.Miguel Perrella,nº 199, apto 103, Bairro Castelo,CEP: 31 330-290; e-mail *ekdz@ig.com.br*; telefone: (031) 97246408

## INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebê por si só altera a dinâmica familiar e os relacionamentos pessoais, podendo ocorrer em maior intensidade quando se trata de um bebê prematuro e/ou doente.

A assistência altamente especializada oferecida na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) mostra-se aos pais como um ambiente estranho, com equipamentos e sons diferentes[1] onde, na maioria das vezes, a integridade física do seu filho encontra-se afetada.[2]

O período de internação do recém-nascido em uma UTIN coloca os pais diante de sentimentos contraditórios e conflituosos. O ambiente da UTIN apresenta um duplo significado: vida e segurança por oferecer os recursos necessários para manter o seu filho vivo e, ao mesmo tempo, sentimentos negativos, tais como medo e desespero devido à impotência diante do sofrimento do filho.[3]

De acordo com Lamy[3] e Gomes[4], a fragilidade e a insegurança vivenciadas pelos pais, adicionadas ao sentimento de culpa por se responsabilizarem pelas necessidades de saúde do filho ocasionam um grande estresse psicológico, especialmente na mãe. A tensão materna pode estar relacionada com o sentimento de incompetência e frustração por não ter dado à luz um bebê saudável[2] e também com a separação precoce do binômio mãe-filho[4].

O contato mãe-filho no momento seguinte ao nascimento é fundamental para o desenvolvimento do vínculo.[5] O autor ressalta, ainda, que o apego ao novo bebê ocorre de forma instantânea ou instintiva e que nem todos estão preparados para isso. Entretanto, o ambiente altamente estressante da UTIN e os riscos aos quais o recém-nascido está exposto não favorecem o contato entre mãe e filho, sendo um momento difícil e angustiante em que a mãe tem medo de tocar seu bebê dentro da incubadora, temendo fazer-lhe algum mal[6]. Segundo Meyerhof[7], em virtude do apego inseguro, os bebês podem apresentar posteriormente distúrbios emocionais e psicomotores.

Outro aspecto a considerar é que, no contexto de uma internação prolongada, a separação precoce entre mãe e filho, o estresse psicológico e o descrédito dessa mãe com relação à sua capacidade de cuidar do filho criam barreiras para o aleitamento materno ocasionando um desmame precoce ou a falência do aleitamento materno.[8]

Na perspectiva da relação mãe-filho, a possibilidade de amamentar o bebê, mesmo não sendo por sucção direta ao seio, apresenta-se como uma estratégia extremamente positiva no estabelecimento do vínculo.[9] A promoção e o estímulo ao aleitamento materno oferecem à mãe a possibilidade de ser parte da equipe e contribuir de forma única para o bem-estar do seu filho.[10]

As práticas neonatais que dificultam o relacionamento entre o bebê e seus pais estão sendo questionadas. O modelo fundamentado na lógica mecanicista cuja finalidade é a manutenção e a recuperação das condições fisiológicas do bebê é substituído por um modelo fundamentado no processo saúde-doença-cuidado que enfatiza a assistência integral, humanizada e preventiva.[8] Dentro desse novo contexto, uma das tendências atuais na atenção ao recém-nascido internado em UTIN é o cuidado centrado na família.

O cuidado centrado na família é uma abordagem baseada em uma parceria mutuamente benéfica entre mães, bebês, membros da família e provedores de cuidado à saúde, em que o objetivo comum é o bem-estar da criança.[11] Sobre essa prática, Saunders et al.[12] enfatizam que ela não se limita apenas à presença da família junto ao recém-nascido, mas deve ser compreendida como um conceito muito bem incorporado na cultura e no funcionamento da UTIN, onde as famílias são tidas como parceiras efetivas tanto na atenção à criança, quanto na tomada de decisões para melhorar o cuidado oferecido nessas unidades. Ressaltam, ainda, que um alto nível de colaboração das famílias depende das atitudes e relações que os cuidadores estabelecem com as mesmas.

Tendo como base a problemática vivenciada pelas mães e familiares que têm seus bebês internados em UTIN e a filosofia do cuidado centrado na família, acredita-se que a inclusão da mãe e familiares no cuidado do recém-nascido favorece o estabelecimento do vínculo afetivo e possibilita que estes reconheçam as necessidades da criança, entre outros benefícios.

Considerando a complexidade tecnológica utilizada para o tratamento e a manutenção da vida dos recém-nascidos internados em UTIN e a necessidade de ampliar o foco para uma assistência integral e humanizada, o Alojamento Materno configura-se como uma estratégia de inclusão da mãe nos cuidados do seu filho e consiste em uma forma de apoio institucional para a mãe e seus familiares.

Nessa perspectiva, o Alojamento Materno constitui-se em uma iniciativa inovadora uma vez que, mesmo sendo o recém-nascido o foco da assistência, torna possível ampliá-la à mulher/família e ainda, a aproximação dos cuidadores com a família favorece a criação da rede social de proteção para o recém-nascido.

Considerando os benefícios trazidos quando se implementa o cuidado centrado na família, e considerando, ainda, que as experiências com esse tipo de abordagem assistencial necessitam ser expandidas a outros serviços, o presente artigo propõe-se apresentar e discutir a experiência do Hospital Sofia Feldman de implementar o Alojamento Materno para as mães de recém-nascidos internados na UTIN.

## O ALOJAMENTO MATERNO COMO FACILITADOR DO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA NO HOSPITAL SOFIA FELDMAN

O Hospital Sofia Feldman (HSF) é uma Fundação filantrópica de direito privado, localizada no Distrito Sanitário Norte, periferia de Belo Horizonte, servindo a uma população de aproximadamente 400.000 pessoas, em sua maioria, usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). É especializado na assistência à saúde da mulher, do recém-nascido, da criança e do adolescente, contando com 98% dos seus recursos financeiros provenientes da prestação de serviços ao SUS.

Desde sua inauguração o Hospital foi se organizando, buscando parcerias e recursos para seu funcionamento, tendo definida sua missão:

> *"Desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar, com qualidade, resolutividade, acolhedores e vinculantes, de forma universal, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo"*.

A humanização da assistência aos usuários vem sendo implantada como filosofia de trabalho na instituição desde sua inauguração em 1982, através da implementação do controle social, com a participação de lideranças comunitárias, gestores dos serviços públicos de saúde, conselhos de saúde, voluntários e trabalhadores.

O Hospital tem como princípio resgatar o caráter natural e fisiológico do parto e do nascimento, permitindo à mulher participação ativa no processo. Para tal, conta com a atuação de uma equipe multiprofissional, sendo a assistência ao pré-natal e ao parto de risco habitual da competência do enfermeiro obstetra. Além disso, pela sua peculiaridade assistencial com incentivo ao trabalho interdisciplinar, o Hospital tem sido local de formação para diversas profissões da saúde.

A equipe assistencial é composta por enfermeiros neonatólogos e obstetras, médicos obstetras, neonatólogos, pediatras e anestesiologista. Conta ainda com a atuação de psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, cirurgião pediatra, oftalmologista e neurologista neonatal e demais profissionais de nível médio.

A Associação Comunitária de Amigos e Usuários do HSF (ACAU/HSF) foi criada em julho de 1994, a partir de uma mobilização da comunidade local, preocupada com as dificuldades financeiras da Instituição e com a possibilidade de fechamento do Hospital. A Associação foi instituída por lideranças comunitárias e atua como co-gestora na administração do Hospital.

A qualidade da assistência hospitalar, em especial, a assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal e ao recém-nascido, tem sido exaustivamente questionada no cotidiano da assistência à saúde. Do mesmo modo, a gestão hospitalar passa por discussões, principalmente quando se trata do gerenciamento de instituições hospitalares próprias ou conveniadas ao SUS. Nesta perspectiva, tem discutido profundamente a mudança do seu modelo de gestão, tendo como referência os conceitos e o modelo de Linhas de Cuidado preconizados por Cecílio; Merhy[13], para a organização do trabalho no Hospital.

Este movimento ocorreu por decisão política da instituição, motivada e impulsionada pelas possibilidades de um modelo de atenção que tenha a visão holística do ser humano e que se preocupe com o atendimento das necessidades dos usuários, que lhes proporcione maior autonomia e inclusão no processo assistencial, enfim, que se preocupe com a integralidade do cuidado. Além disso, esse modelo favorece uma organização do trabalho que não tenha a lógica econômico-centrada em detrimento do trabalhador, que respeite o auto governo de todos que atuam na Instituição; que seja democrático, responsabilizador e que permita um caminhar construtivista, solidário e humano.

O novo modelo incorporado pela instituição demanda a participação de diversos atores envolvidos no processo assistencial, tendo o usuário como referência. Quanto ao Alojamento Materno existe um trabalho articulado com diferentes profissionais, sendo as decisões políticas tomadas em Colegiado, do qual participam integrantes das demais Linhas de Cuidado. Ressalta-se, também, a participação ativa nas ações desenvolvidas, de representantes da ACAU/HSF, especialmente de voluntários.

Apesar das dificuldades enfrentadas, o Hospital vem se destacando no cenário da assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, tendo recebido diversos prêmios em reconhecimento pela qualidade da assistência oferecida. Dentre esses, destacam-se o título de Hospital Amigo da Criança, do Ministério da Saúde/UNICEF, em 1995; o Prêmio Galba de Araújo, oferecido pelo Ministério da Saúde, em Maio de 1999 e a "Grande Medalha do Mérito da Saúde", concedida pelo Governador do Estado de Minas Gerais em abril de 2004. Em 2002, foi finalista do Prêmio Criança oferecido pela Fundação ABRINQ pela iniciativa do Alojamento Materno.

A idealização do Alojamento Materno surge no bojo da estruturação da assistência a recém-nascidos de risco na instituição. Em julho de 2000, foi inaugurada, através de um convênio com o Hospital Municipal Odilon Behrens, uma unidade de cuidados intermediários neonatal (UCIN), com 10 leitos. Em 2001, foram instalados na instituição 12 leitos de UTIN. Atualmente, o hospital conta com 24 leitos de UTIN e 24 de UCIN, além de 6 leitos de cuidados mãe canguru.

Concomitante ao aumento dos leitos neonatais, houve um interesse da instituição em facilitar e estimular a permanência da mãe junto ao seu filho, mesmo ele estando sob cuidados intensivos. Assim, dentro da filosofia assistencial, iniciou-se a estruturação do Alojamento Materno em 2002, destinado à permanência destas mães. Esta Unidade possui 18 leitos, possibilitando às mães condições de repouso, alimentação e acompanhamento pela equipe multiprofissional.

Como uma estratégia de humanização da assistência, o alojamento materno facilita a aproximação da mãe/família à criança, transformando-as em parceiras no tratamento dos recém-nascidos, como também resgata o direito já consolidado no Estatuto da Criança e do Adolescente (E.C.A.), que diz no art. 12 : "*os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente*".[14]

Neste sentido, o Alojamento Materno tem como finalidade aperfeiçoar e ampliar a assistência oferecida ao recém-nascido no Hospital Sofia Feldman, dentro da perspectiva do cuidado centrado na família, visando:

- favorecer ações voltadas à integralidade da assistência ao recém-nascido;
- incentivar e manter o aleitamento materno;
- promover e fortalecer uma rede de proteção social para os recém-nascidos em tratamento na Unidade de

Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) envolvendo suas famílias;

• reduzir o período de internação do recém-nascido na UTIN;

• empoderar a mulher/família como cuidadores e na tomada de decisões relativas à condição de saúde do filho;

• possibilitar que a informação sobre a assistência e a evolução clínica do recém-nascido seja compartilhada com a família;

• preparar a mãe/família para cuidar do filho após a alta, com maior segurança;

• favorecer relacionamentos colaborativos e solidários entre as mulheres;

• preparar a mãe para iniciar os cuidados ao recém-nascido na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN).

O Hospital Sofia Feldman assistiu em 2003, 6.109 partos, em média 510 partos/mês, tendo todos os seus leitos disponibilizados para a clientela do SUS.[15] As parturientes, em sua maioria, são provenientes dos Distritos Sanitários de referência (Norte e Nordeste). Além dessas, o Hospital atende à população de outros Distritos Sanitários, bem como de outros municípios de Minas Gerais, encaminhada pela Central de Leitos.

A UTIN atendeu em 2003, 681 crianças, com uma média de 57 recém-nascidos/mês, em sua maioria, originados do próprio Hospital e também aquelas encaminhadas pela Central de Leitos seja de outros hospitais de Belo Horizonte, seja da Grande BH e até mesmo de municípios do interior de Minas Gerais. Com 24 leitos disponíveis, a UTIN mantém uma taxa média de ocupação de 95,5% e tempo médio de permanência de 12 dias.[16]

No que se refere aos dados sobre o Alojamento Materno, estes foram sistematizados a partir de julho de 2003, estando em fase de revisão quanto às variáveis a serem coletadas. Assim, de julho de 2003 a fevereiro de 2004 foram atendidas 201 mães de crianças assistidas na UTIN/HSF e que permaneceram no Alojamento Materno. Destas, 30,8% são procedentes de Belo Horizonte e 14,0% da Grande BH. Ressalta-se que a maioria das mulheres é de municípios do interior de Minas Gerais (54,7%) e uma do Estado da Bahia (0,5%).

Considerando que no período de julho de 2003 a fevereiro de 2004 foram internados 413 recém-nascidos na UTIN e, que 201 mães permaneceram no Alojamento Materno, constata-se que essa Unidade tem possibilitado que aproximadamente 50% das mães permaneçam na instituição durante a internação do filho na terapia intensiva. Ressalta-se que a taxa de ocupação do Alojamento Materno é influenciada pelo nascimento de gemelares e pela impossibilidade da mãe em permanecer no Hospital, seja por problemas sociais ou de saúde.

A assistência oferecida às mulheres do Alojamento Materno tem como referência os princípios norteadores do Cuidado Centrado na Família dentro da perspectiva da Humanização da Assistência Hospitalar. Ao mesmo tempo, possui como instrumentos imprescindíveis à sua operacionalização a decisão política institucional e o trabalho interdisciplinar. Dentro dessa perspectiva são adotadas as seguintes ações:

• acolhimento à família pela equipe de psicologia, na maternidade ou na UTIN, no momento da internação;

• livre acesso dos pais à UTIN;

• repasse diário de informação aos pais sobre a evolução clínica do recém-nascido, pela equipe multiprofissional;

• estímulo à visita dos irmãos menores de 14 anos, acompanhados por um psicólogo ou terapeuta ocupacional;

• orientação e incentivo para a ordenha do leite materno, destinado ao filho quando impossibilitado de sugar o seio e também para doação;

• incentivo e orientação aos pais para tocar o filho e realizar o cuidado mãe canguru;

• realização de grupos de reflexão, oferecendo espaço para que pais/família possam trocar experiências e refletir sobre a situação vivenciada, com o apoio da equipe;

• realização de grupos de apoio à amamentação com participação de equipe multiprofissional;

• realização de grupos de discussão sobre a saúde da mulher, abordando temas como planejamento familiar, mulher e Aids, gênero e saúde, câncer ginecológico, entre outros;

• realização de grupos educativos abordando temas básicos sobre higiene pessoal, cuidados com o recém-nascido e alimentação;

• promoção de atividades físicas e de lazer para as mães: caminhada, alongamento, exibição de filmes, passeios de curta duração, entre outros;

• realização de oficinas terapêuticas, com produção de artigos voltados para o recém-nascido.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência ao recém-nascido e à sua família, de modo geral, tem passado por transformações nos últimos tempos, sendo valorizado o atendimento integral em detrimento da medicalização da assistência.

Nesse sentido, a iniciativa do Alojamento Materno no HSF apresenta-se como uma proposta inovadora, possibilitando inserir os pais/família no cuidado do filho hospitalizado. Esta iniciativa vem ao encontro da filosofia assistencial da instituição e da decisão política de garantir as determinações do E.C.A. independentemente do financiamento do SUS.

Há um reconhecimento da instituição hospitalar sobre a importância de promover e apoiar uma assistência integral ao recém-nascido, reconhecendo a família como uma unidade cuidadora. Sendo assim, a inclusão da família na assistência facilita a ampliação da atenção e contribui para a formação de uma rede de apoio para a criança. Configura também uma possibilidade para atuação na promoção da saúde mental materna e na prevenção de transtornos mentais no recém-nascido.

Não foram encontrados relatos na literatura nacional de experiências similares. Assim, faz-se necessária a realização de estudos, utilizando indicadores fidedignos que avaliem o impacto dessa iniciativa na assistência prestada ao recém-nascido a curto e a longo prazos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Klaus MS, Kennel JH, Klaus PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

2. Maldonado MT. Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família. Rio de Janeiro: Vozes; 1989.

3. Lamy ZC Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1995.

4. Gomes MMF. O nascimento de uma criança de alto risco: significado e vivência dos familiares. Acta Paul Enf 1996; 9: 48-56.

5. Brazelton BT. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

6. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.

7. Meyerhof PG. Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém-nascidos pré-termo. Sinop Pediatr 1998; 2: 33-7.

8. Scochi CGS A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem [tese Livre Docência]. Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.

9. Gomes ALH. Mãe-bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para intervenção multiprofissional Rev Ginecol Obstet 1997; 8(4): 205-8.

10. Bell EH, Geyer J, Jones L A structured intervention improves breastfeeding sucess for ill or preterm infants MCM. Am J Matern Child Nurs 1995; 20(6): 309-14.

11. Gordin P, Johnson BH. Technology and family-centered perinatal care: conflict or sinergy? JOGNN 1999; 28(4): 401-8.

12. Saunders PR. Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in Neonatal Intensive Care Units. Pediatrics 2003; 111(4): 437-9.

13. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro:Nova Fronteira; 2003.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Criança. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 1991.

15. Hospital Sofia Feldman. Maternidade Maria do Carmo Dias. Indicadores Perinatais 2003. Belo Horizonte; 2003.

16. Hospital Sofia Feldman. Maternidade Maria do Carmo Dias. Indicadores Perinatais – 2004. Belo Horizonte; 2004.

# AÇÃO EDUCATIVA SOBRE REMÉDIOS CASEIROS COM VISTAS AO PREPARO E UTILIZAÇÃO NO CUIDAR COTIDIANO DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM MULHERES RIBEIRINHAS

## EDUCATIONAL ON HOMEMADE MEDICINE WITH A VIEW TO PREPARATION AND USE IN DAILY HEALTH CARE: EXPERIENCE WITH RIVERBANK WOMEN

## ACCIÓN EDUCATIVA SOBRE REMEDIOS CASEROS CON MIRAS A SU PREPARACIÓN Y UTILIZACIÓN EN EL CUIDADO COTIDIANO DE SALUD: RELATO DE EXPERIENCIA CON MUJERES RIBEREÑAS

Amanda Martins Bastos[1]
Elizabeth Teixeira[2]
Shirley Aviz de Miranda[3]

**RESUMO**
O trabalho relata uma ação educativa sobre remédios caseiros com vistas ao seu preparo e utilização, desenvolvida com 26 mulheres participantes do Programa Quartas Saudáveis, desenvolvido em uma ONG na ilha de Caratateua, Itaiteua, Belém, PA. Utiliza como referências princípios da educação popular em saúde e fitoterapia. O curso foi realizado na Escola Bosque de Belém, ministrado por uma agrônoma e contou com aulas teóricas e práticas. O curso foi planejado para potencializar os saberes das mulheres sobre o uso das plantas medicinais, com ênfase no plantio, preparo e manejo de mudas. Recomenda-se o reconhecimento dos saberes locais nas ações de promoção à saúde na Amazônia e destaca-se a importância das ONGs como locus estratégico de contribuição às práticas de educação popular em saúde.
**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Cultura; Plantas Medicinais; Saúde Pública; Terapias Complementares.

**ABSTRACT**
This work reports an education initiative on homemade medicine for the preparation and administration carried out by 26 women who took part in the Healthy Wednesdays Program, carried out by an NGO on the island of Caratateua, Belém, State of Pará, Brazil. The framework used is popular health education and phytotherapy. The course was given in the Bosque de Belém School, taught by an agronomist and included theory and practice. The course was planned to increase the women's knowledge on the use of medicinal herbs, emphasizing plantation, preparation and handling of seedlings. We recommend the recognition of local knowledge in actions to promote health in the Amazon and highlight the importance of NGOs as a strategic site to contribute to popular health education.
**Key words:** Health Education; Culture; Medicinal herbs; Public Health; Complementary Therapies

**RESUMEN**
El trabajo relata una acción educativa para preparar y saber emplear remedios caseros con 26 mujeres participantes del Programa Miércoles Saludables, llevado a cabo por una ONG en la isla de Caratateua, Itaiteua, Belém, Pará. Sostiene como principios las referencias a la educación popular en salud y fitoterapia. El curso, realizado en la Escuela Bosque de Belém, estuvo a cargo de una agrónoma y contó con clases prácticas y teóricas. El trabajo se planeó para potenciar los saberes de las mujeres en el empleo de las plantas medicinales, subrayando el plantío, preparación y manejo de esquejes. Se recomienda reconocer los saberes locales en las acciones de promoción a la salud en Amazonia y se destaca la importancia de las ONGs como locus estratégico de contribución a las prácticas de educación popular en salud.
**Palabras clave:** Educación en Salud, Cultura; Plantas Medicinales; Salud Pública; Terapias Complementarias

[1] Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará.
[2] Enfermeira. Professora Adjunta IV da Universidade do Estado do Pará. Doutora em Ciências Sócio-Ambientais pela UFPA.
[3] Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará.
Endereço para correspondência: Rua Municipalidade, nº 949/Júpter/1104, Umarizal – CEP:66050-350, Belém-Pará.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho relata a experiência obtida em um curso sobre remédios caseiros, que teve os seguintes objetivos: construir práticas e saberes no que diz respeito às plantas medicinais, evidenciando o manejo, preparo, cultivo e conservação de mudas, e construir uma alternativa de prevenção e combate de doenças através do uso adequado de remédios caseiros. Em outras palavras, o curso teve a intenção de suscitar a reflexão sobre como utilizar as plantas medicinais em lugares comuns da vida cotidiana das mulheres, em especial no cenário domiciliar, com ênfase no plantio, preparo e manejo de mudas.

O curso foi realizado como parte dos trabalhos educativos do Instituto Saber Ser Amazônia Ribeirinha (ISSAR), uma ONG que tem como missão contribuir para a promoção do exercício da cidadania dos povos da Amazônia, com especial atenção aos ribeirinhos. O ISSAR foi criado em setembro de 2001 por um grupo de pessoas motivadas a dar sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida das populações das ilhas de Belém. Em seu estatuto indica três eixos interativos com a comunidade: a escolarização, a saúde e o trabalho.

As Organizações Não-Governamentais (ONGs) surgem no país no período das políticas desenvolvimentistas como um espaço alternativo ao Estado e ganham visibilidade nos últimos anos como terceiro setor, com um potencial peculiar de transformação e construção da cidadania.[1] Segundo as autoras, a expressão ONG foi instituída pela Organização das Nações Unidas (ONU), na década de 40, para nomear entidades não oficiais que com investimentos externos, promovem projetos sociais. Essas organizações, no nosso país principalmente, passam a ser estimuladas através da educação popular, com base no pensamento de Paulo Freire, e assumem um lugar estratégico com destaque para a contribuição às políticas públicas.

Para dar conta do eixo saúde, em abril de 2003 o programa Quartas Saudáveis foi implantado no ISSAR para estimular a adoção de hábitos saudáveis, individual e socialmente. O programa traz como enfoque a qualidade de vida da família ribeirinha e como eixo o cuidar do eu, do outro, da família, da casa e do lugar, com ênfase nas conexões com a natureza. Os temas principais têm por base a saúde da criança, do adolescente do adulto e do idoso com vistas à prevenção e promoção da saúde. São objetivos do programa: **a)** discutir com as famílias ribeirinhas saúde e qualidade de vida e as relações com o ambiente; **b)** investigar as representações dessas famílias sobre os temas tratados; **c)** construir canais de comunicação e participação entre as famílias e os agentes comunitários de saúde; **d)** mapear o cuidar cotidiano de saúde entre as famílias; **e)** incentivar o plantio e uso de plantas medicinais e alimentos naturais; **f)** fomentar educação ambiental e educação em saúde.

Em uma das palestras do Programa sobre Fitoterapia, realizada no primeiro semestre de 2003, detectou-se que as participantes utilizavam, no cuidar cotidiano de saúde, vários tipos de remédios caseiros, mas, tinham dúvidas sobre os diferentes tipos de uso e dosagens e, principalmente, desejavam aprender sobre plantio, preparo e manejo de mudas. Durante a palestra realizou-se um levantamento das plantas mais utilizadas e indicações de uso que, segundo a ministrante, estavam de acordo com as recomendações científicas trabalhadas na Escola Bosque de Belém.

Para atender às necessidades de aprendizagem levantadas durante a palestra, no segundo semestre de 2003 foi promovido o curso sobre remédios caseiros para o grupo de mulheres participantes do programa, em parceria com a Escola Bosque de Belém.

O curso sobre plantas medicinais partiu do princípio da educação em saúde. Fez-se, um processo de aprendizagem mútua, o qual se baseou nas "práticas de ensino-aprendizagem desenvolvidas junto à população, com a finalidade de debater e promover a tomada de decisão em relação a atitudes e práticas de saúde, por meio da reflexão crítica dos atores."[2]

No decorrer do curso, percebeu-se fundamentalmente, que os ensinamentos e técnicas nele transmitidos, esclareciam muitas dúvidas das mulheres acerca das plantas medicinais. Tais ensinamentos, ao nosso ver, poderão ajudar na promoção, restauração da saúde e na prevenção de doenças das participantes e conseqüentemente de seu meio social.

Notou-se que "o saber" em saúde deve ter como fundamentação não só puramente o saber científico, mas sim a consideração de todo o contexto social da comunidade, de sua cultura, de seus saberes populares e de seu modo de vida.

Nessa conjuntura, devemos, como profissionais da área da saúde, atuar numa perspectiva de uma contínua "reflexão-ação fundadas em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos, exercício democrático capaz de provocar mudanças individuais significativas, no contexto do cotidiano popular".[3]

A nosso ver, a prática educativa é um instrumento para o autocuidado, como afirmam Menezes e Rosa(4), e pode favorecer o compartilhamento de conhecimentos e auxiliar a conscientização, estimulando, assim, a alteração de hábitos adquiridos que colocam em situação de risco esses indivíduos e suas famílias.

Partimos do princípio de que a educação popular "se delineia como um esforço no sentido da mobilização e da organização das classes populares com vistas à criação de um poder popular".[5:7] Nessa vivência com as mulheres participantes do Programa Quartas Saudáveis, estimulou-se maior segurança no cuidar da saúde da família, visto que as mesmas são as maiores responsáveis não só pela sua saúde, mas também por seu círculo familiar. Como a educação popular refere-se a uma ampla gama de atividades educacionais, decidiu-se por um curso de remédios caseiros para favorecer, de forma mais intensiva, o acontecimento de trocas de conhecimento, de valores, de sensibilidades e de sociabilidade entre as mulheres.

A atividade, pautada na educação popular, pretendeu superar as diferenças e distâncias entre as margens do rio do saber humano, o lado do conhecimento e das práticas analisadas pela ciência, e as margens de lá, dos sistemas de conhecimentos e de práticas sociais populares femininas.

A educação popular como entendida por Vasconcelos[6,7] mantém uma relação direta com a libertação da mulher, pois "o popular da educação em saúde contém explícito um projeto de libertação, de autonomia e de co-gestão, cujas ações se voltam para a construção de sujeitos sociais" capazes de perceber seu importante papel social (na comunidade e na família) diante dos desafios postos a cada momento na busca da qualidade de vida e saúde. É imprescindível hoje o valor de se buscar fortalecer a autonomia da mulher, principalmente a das classes populares, visto que as mesmas estão diretamente envolvidas na construção de uma consciência sanitária e na construção de redes de solidariedade dos grupos sociais de que fazem parte.

As plantas medicinais, segundo Alvin e Ferreira[8], são aquelas que possuem em sua composição físico-química, "potencialidades terapêuticas" as quais incluem as seguintes finalidades: preservação da saúde, tratamento de males e restauração do bem-estar do homem.

O conhecimento das plantas medicinais e de sua arte curativa surge principalmente no âmbito popular e, hoje, vem recebendo um grande foco de atenção por parte dos profissionais de saúde formados nos moldes da ideologia científica.

O uso dos "saberes populares", no que diz respeito às plantas medicinais, vem cada vez mais sendo comprovado cientificamente, e com ele obtém-se a garantia de novas fontes de sobrevivência e alternativas medicamentosas.

Verificamos na palestra ministrada no primeiro semestre, à qual já nos referimos, que as plantas medicinais, mais especificadamente as "receitas populares", eram uma constante nas falas das mulheres sobre o cuidar cotidiano. As "receitas populares" e suas eficácias terapêuticas, em sua maioria, possuem um conteúdo simbólico, que muitas vezes é de difícil avaliação. Isto porque a eficácia das plantas medicinais "pode ser resultante de um efeito farmacológico sobre a fisiologia do indivíduo, ou pode ser simbólica agindo também sobre o indivíduo, mas no contexto específico de cultura".[8:.289]

As "receitas populares" podem trazer tanto benefícios (prevenção e combates de doenças) quanto malefícios (efeitos paliativos, negativos e contrários) para seus usuários. As "receitas populares" não possuem necessariamente comprovação científica (eficácia do princípio ativo da planta, dosagem, conservação das plantas, etc.). Elas tramitam no saber popular e cultural, repassadas por gerações, produzindo assim, o senso comum local no que diz respeito às plantas medicinais.

Em virtude disso, os diferentes e inúmeros códigos sociais e culturais precisam ser levados em consideração para a determinação do tipo de intervenção e das práticas de saúde que devem ser tomadas por parte dos profissionais atuantes.

O trabalho aqui relatado procurou apoiar-se em uma perspectiva cultural, uma das dimensões do cuidar em enfermagem destacada por Neves[9]. Tal perspectiva "surge a partir do reconhecimento de que os seres humanos vivem em diferentes lugares e contextos e que as enfermeiras precisam procurar compreender e trabalhar com essas pessoas".[9:82] As mulheres das ilhas de Belém encontram-se inseridas em um contexto natural singular, que lhes possibilita apropriar-se de saberes e práticas relativas às plantas medicinais, que precisam ser não só compreendidas como potencializadas.

Busca-se apoiar também, na concepção de Teixeira[10], sobre o cuidar cotidiano de saúde, entendido como um conjunto de ações de cuidar da saúde, desenvolvido pelas comunidades em buscar qualidade de vida, "tomando como referência a casa onde mora e o lugar onde vivem".[10:272]

## O CONTEXTO

O curso foi realizado na Escola Bosque Professor Eidorfe Moreira, após o estabelecimento de uma parceria entre o ISSAR, em especial o Programa Quartas Saudáveis, e a direção da unidade municipal. A Escola é Centro de Referência Ambiental em Belém, Pará, e tem, entre outros, os seguintes objetivos: **a)** atuação e manutenção da educação infantil e escola de primeiro grau, em regime de tempo integral, com currículos próprios e ênfase para Educação Ambiental na integração harmônica entre o homem e a natureza que o cerca; **b)** atuação e manutenção da escola de segundo grau, em tempo e atenção integral, em caráter profissionalizante, voltado para cursos que preparem os estudantes para o gerenciamento dos bens da Amazônia e – em especial – do arquipélago do Guajará, onde está localizada a cidade de Belém, com ênfase aos cursos de formação de técnicos em manejo da fauna, da flora e em ecoturismo. Desde 2003, desenvolve um projeto denominado Raízes da Amazônia, uma atividade coletiva que integra um Projeto de Plantas Medicinais, e prioriza a prática de projetos interdisciplinares que intensifiquem a relação da comunidade escolar (alunos, família e professores) com as diversas áreas do conhecimento a partir de uma postura consciente das relações homem e meio ambiente. Muitas das mulheres que participaram do curso têm filhos matriculados na Escola.

A ilha de Outeiro, onde se localiza a Escola, é uma das 39 ilhas do arquipélago do Guajará. As ilhas do entorno de Belém, mundo rural com tradição centenária no abastecimento agro-extrativo da cidade, representam também um espaço imaginário do lúdico urbano, do lazer e do turismo. Diversos setores produtivos desenvolvem-se nesse *hinterland*, a exemplo da madeira, minério, frutos, turismo, transporte, agricultura, extrativismo, mas sem os devidos cuidados de avaliação de impactos e de gestão dos recursos. O distrito de Outeiro é o balneário mais próximo de Belém. Situa-se a 18 km da capital. Suas praias, de água doce, são muito procuradas nos finais de semana e feriados prolongados. Para chegar lá basta atravessar a Ponte Rodoviária Enéas Martins. A população está diretamente ligada às águas e ao resto de mata que há na ilha. A maioria das mulheres participantes do curso mora na ilha há mais de 10 anos e são mulheres de vendedores, comerciantes e pescadores.

## DESENVOLVIMENTO DO CURSO

O curso envolveu 26 mulheres, predominantemente "do lar", como elas mesmas referem, entre 19 e 65 anos,

participantes do Programa Quartas Saudáveis. Foi realizado entre agosto e setembro de 2003, sempre às quartas-feiras, de 13:30 às 17:30, com uma carga horária de 20 horas teóricas e 4 horas práticas. Foi ministrado por dois agrônomos. A professora Liduína Chaves (coordenadora do curso e professora da Escola Bosque) e o professor Dr. José Maria de Albuquerque (professor titular aposentado da Universidade Federal Rural da Amazônia).

O curso foi planejado para fortalecer os saberes das mulheres sobre o preparo e o uso das plantas, em especial os diferentes tipos de remédios caseiros, dosagens adequadas e manejo de mudas. Foram trabalhados os seguintes conteúdos no bloco teórico: **a)** conceitos básicos (remédio, droga, medicamento, fitoterapia, princípio ativo, fitoterápico, planta medicinal, planta medicinal validada); **b)** como funcionam as plantas medicinais (os componentes ativos encontrados nas plantas medicinais: alcalóides, terpenos, ligninas, flavonóides, cumarinas, taninos, glicosídeos e óleos essenciais); **c)** cuidados preliminares ao uso das plantas medicinais (orientação para o uso, colheita e seleção, época em que se devem colher as plantas, como fazer para que as plantas não percam o seu poder curativo, como conservar as plantas após a colheita); **d)** formas de preparação de remédios caseiros.

Foram utilizados como referência os manuais de fitoterapia desenvolvidos pela equipe interdisciplinar da Escola. As plantas trabalhadas foram as que estavam disponíveis no horto medicinal, que correspondem à flora medicinal encontrada na ilha. Este trabalho de coleta de amostras é realizado semestralmente pelos alunos no entorno da Escola, exatamente onde moram as mulheres participantes do Programa Quartas Saudáveis. Nas aulas, realizadas com apoio de vídeos educativos, utilizou-se apostila elaborada especialmente para o curso. Foi utilizado um acervo de mais de 50 espécies segundo finalidade, nome popular, taxonomia, parte utilizada e tipo de uso. O acervo é organizado em ordem alfabética (de A a Z), segundo a finalidade. Para dar uma visão do material trabalhado, destacamos, a seguir, o acervo referente às letras A, B e C.[11]

| FINALIDADE E NOME POPULAR | TAXONOMIA | PARTE UTILIZADA | USO |
|---|---|---|---|
| **ASMA** | | | |
| IPECACONHA | Hybanthus Calceolaria (L) Schltze | FOLHA | CHÁ |
| APIÉ | Dorstenia Asaroides Gard | RAIZ | CHÁ |
| CATINGA DE MULATA | Alollathus Suaveolens Spreng | FOLHA | CHÁ |
| PIRARUCU | Bryophyllum Calycinum Salisb | FOLHA | CHÁ |
| **ANEMIA** | | | |
| VERÔNICA | Dalbergia Monotaria L. | CASCA | CHÁ |
| PARIRI | Arrabidaea Chica Verl. | FOLHA | CHÁ |
| ABACATE | Persea Americana Mill | FOLHA | CHÁ |
| **AMEBÍASE** | | | |
| CAXINGUBA | Ficus Antihelminthica Mart. | CASCA | CHÁ |
| **BAQUE** | | | |
| ANDIROBA | Carapa Guianesis Aubl. | ÓLEO | SOLUÇÃO |
| **CALMANTE** | | | |
| CAPIM SANTO | Kyllinga odorata | FOLHA | CHÁ |
| ERVA CIDREIRA | Lippia Alba N.E.Br. | FOLHA | CHÁ |
| CAPIM MARINHO | Cymbopogon Citratus (De Candolle) Stapf. | FOLHA | CHÁ |
| **CORAÇÃO** | | | |
| CORAMINA | Pedilanthus SP. | FOLHA | CHÁ |
| **CATARRO** | | | |
| LIMÃO | Citrus Limonum L. | GRÊLO | CHÁ |
| **CICATRIZAÇÃO** | | | |
| CAJÚ | Anacardium Occidentale L. | CASCA | PASTA |
| **CATAPORA** | | | |
| SABUGUEIRO | Samcubus Nigra L. | FOLHA | CHÁ |
| **CÓLICA** | | | |
| CUIEIRA | Crescentia cujete | FLOR | CHÁ |
| **COCEIRA** | | | |
| ANDIROBA | Caraba Guianesis Aubl. | CASCA | PASTA |

Um dos conteúdos trabalhados nas aulas teóricas foi o preparo dos remédios caseiros. Foram identificadas, entre as experiências das mulheres, muitas formas de preparo bem como algumas dúvidas sobre a correta aplicação, dosagens e possíveis efeitos (positivos e negativos). Afinal, é preciso acabar com a crença de que remédio natural pode não fazer bem, mas mal não faz. Pois muitas plantas, utilizadas de forma desorientada, podem causar efeitos inesperados, como malformações fetais, abortos, alucinações e outros sintomas indesejados. A seguir destacamos as diferentes formas de preparo que foram trabalhadas.

**• Para uso interno**

Infusão: tipo de chá em que é despejado água fervente sobre a(s) parte(s) da planta a ser(em) usada(s). Abafa-se por aproximadamente 20 minutos, coa-se e bebe-se. Esse tipo de preparo é feito para plantas aromáticas (com cheiro ativo).

Tisana: tipo de chá em que depois de a água estar fervendo coloca-se nela a parte da planta a ser utilizada. Abafa-se e deixa-se ferver por mais 3 minutos, desliga-se e deixa-se abafado até esfriar. Coa e bebe-se. Esse tipo de preparo é empregado para plantas sem cheiro.

Maceração: tipo de chá em que se coloca a parte da planta a ser usada de molho na água fria, por aproximadamente 12 horas (folhas e flores) e 24 horas (cascas e raízes). Após esse tempo, coar e beber.

Decocção: tipo de chá em que se coloca a parte da planta em água fria, depois leva-se ao fogo brando. Deixa ferver por 15 minutos tampado. Deixar abafado até esfriar, coar e beber.

Xaropes: levar ao fogo 2 xícaras de açúcar para 1 xícara de água. Deixar ferver até derreter o açúcar, mexendo sempre para não embolar, depois acrescentar 1 xícara da tintura da planta. Deixar esfriar, guardar em recipiente com tampa e usar (no lugar da calda de açúcar pode-se usar mel).

Suco ou sumo: é feito de plantas frescas, socando, espremendo ou triturando com um pouco de água. Coa-se e toma-se a dose recomendada.

Tinturas: são preparadas com plantas, água destilada e álcool de cereais. Deixar de molho por 7 dias, balançando 2 vezes ao dia. Depois coar e beber em gotas ou passar no local afetado.

**• Para uso externo**

Cataplasma: preparar o chá por infusão ou decocção. Ainda quente colocar farinha até ficar papa. Colocar sobre pano limpo, observar se não está muito quente e aplicar no local afetado.

Ungüento: retirar o sumo da planta fresca, misturar com gordura vegetal ou animal. Aquecer no fogo brando até derreter, pode-se acrescentar um pouco de mel ou calda de açúcar para engrossar.

Óleo: preparado com a tintura da planta e um óleo (girassol, algodão, copaíba, soja, etc.) ou azeite (andiroba, etc.).

Banho: pode ser quente ou frio. Pode ser no corpo inteiro, apenas no tronco ou só de cabeça. Prepara-se o cozimento das plantas, coa-se e mistura-se com a água a ser usada no banho.

Asseio: preparar o chá da planta, esperar esfriar, coar e fazer o asseio.

Inalação: colocar a planta numa vasilha tampada com água. Levar ao fogo brando e quando levantar a fervura, deixar ferver por 3 minutos. Apagar o fogo, destampar a vasilha, cobrir com uma toalha de pano e colocar o rosto acima, na altura de 2 palmos. Cheirar o vapor por aproximadamente 10 minutos.

A aula prática do curso ocorreu no horto de plantas medicinais da Escola. Essa ação educativa foi ministrada pela professora Liduína Chaves, a qual demonstrou "passo a passo", a todas as participantes, o processo de preparo e plantio de mudas de plantas medicinais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se a necessidade de se potencializarem os saberes populares no que diz respeito ao uso das plantas medicinais, principalmente no que se refere ao plantio, cuidado e manejo. Percebeu-se a necessidade de ações de saúde continuadas nesse campo, tendo em vista a grande demanda e diversidade de plantas na região, que poderão vir a ser uma alternativa de custo baixo no trato de inúmeras afecções. O curso favoreceu não só o fortalecimento dos saberes das mulheres, mas também a troca de conhecimentos sobre os remédios caseiros ainda não conhecidos. Constatou-se, por fim, que com o curso as mulheres passaram a se preocupar com a dosagem e a conservação dos remédios caseiros, bem como o preparo para idosos e crianças (mais sensíveis à medicação).

A avaliação foi desenvolvida ao longo da ação educativa, pois com base em diálogo permanente, os dois instrutores iam perguntando sobre as dúvidas ainda existentes, sobre novas questões em torno dos conteúdos trabalhados e ao final de cada tópico da parte teórica, era formulada uma questão do tipo: "Agora, depois do que expusemos, o que é importante saber sobre.....". O que mais chamou a atenção foi que as mulheres escolheram uma frase para representar um dos pontos mais importantes que aprenderam no curso: "chá não é água". Essa frase foi muito trabalhada ao longo das aulas e acabou se transformando no slogan do curso.

Com vistas a dar continuidade ao trabalho, acabamos de encaminhar um projeto ao CNPq e a uma ONG que apóia projetos de educação ambiental na Amazônia. O projeto propõe a implantação de uma exposição permanente de saúde popular ribeirinha com ênfase nas plantas medicinais da ilha de Outeiro. Pretende-se organizar um espaço de visitação no ISSAR, coordenado pelas mulheres e monitorado por 20 jovens entre 16 e 18 anos da própria comunidade. A exposição é para receber alunos, professores, pesquisadores e interessados. Durante a visita, será apresentada uma exsicata (coletânea de amostras de plantas), um vídeo e um álbum seriado, será realizada uma caminhada até um viveiro suspenso de mudas de plantas da ilha, preparadas pelas mulheres. Ao final, será entregue um fôlder ilustrativo com algumas "receitas populares" utilizadas pelas mulheres no cuidar cotidiano de saúde, que foram trabalhadas, discutidas, avaliadas e aprimoradas durante o curso.

Efetivamente trabalhos educativos podem contribuir de forma eficaz na manutenção da saúde dos grupos. Os saberes e práticas das mulheres devem ser fortalecidos para a prevenção, tratamento e controle de doenças. Seus saberes merecem ser potencializados. As práticas com plantas medicinais na Amazônia não podem ser desconsideradas pelas ações de saúde local, principalmente por parte dos profissionais de saúde que atuam na mesma. Recomenda-se por fim, uma Agenda de Educação Popular em Saúde, como suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde na Amazônia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Jardim VMR, Heck RM. A experiência de ação das ONGs: uma construção prática de cidadania através da educação e saúde. In: Saupe R. Educação em enfermagem. Florianópolis: Editora da UFSC; 1998.

2 - Lemos, A. Educação em saúde. In: Figueiredo NMA. Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul, SP: Difusão Enfermagem; 2003.

3 - Barroso GT, Vieira NFC, Varela Z MV. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003.

4 - Menezes GAC, Rosa RSD. práticas educativas em saúde: a enfermagem revendo conceitos na promoção do autocuidado. REME-Rev Min Enf 2004 abr./jun.; 8(2):337-40. .

5 - Torres RM. Educação popular: um encontro com Paulo Freire. São Paulo: Loyola; 2002.

6 - Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec; 2001.

7 - Vasconcelos EM. Educação popular em saúde e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2001.

8 - Alvin NAT, Ferreira MA. Cuidado em enfermagem pelas plantas medicinais. In: Figueiredo NMA. Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul, SP: Difusão Enfermagem; 2003.

9 - Neves EP. As Dimensões do Cuidar em Enfermagem: concepções teórico – filosóficas. Rev Escola Anna Nery 2002; 6 (1): 79-92.

10 - Teixeira E. Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinhos. Rev Escola Anna Nery 2000; 4 (2): 269-78.

11 - Chaves LC. Conhecendo o uso das plantas medicinais na comunidade. Belém: Escola Bosque de Belém; 2003.

# DIMENSÕES DO CUIDADO DA CRIANÇA COM DOR E DE SUA FAMÍLIA

## ASPECTS OF CARING FOR CHILDREN IN PAIN AND THEIR FAMILIES

## DIMENSIONES DEL CUIDADO DEL NIÑO CON DOLOR Y DE SU FAMILIA

Lisabelle Mariano Rossato[1]

Resumo
Considerando como fundamental repensar o cuidado da criança que vivencia a dor, este texto procura trazer algumas considerações sobre a temática ressaltando diversas dimensões do cuidado à criança com dor e a sua família, lembrando que as investigações científicas sobre este assunto orientarão a competência profissional perante condições e possibilidades de aplicação dos resultados para o bem-estar da criança que experiência dor e de sua família.
**Palavras-chave:** Saúde da Criança; Dor; Família

**ABSTRACT**
It is fundamental to rethink care given to children living with pain. This paper seeks to bring some ideas on this issue, highlighting various dimensions of care for children in pain and for their families. Scientific investigation on this issue will guide the professional competence through the application of the results for the children's well-being.
**Key words:** Child Health; Pain; Family.

**RESUMEN**
Considerando que repensar en el cuidado del niño que siente dolor es fundamental, el presente texto busca traer algunas reflexiones sobre este asunto, resaltando varias dimensiones del cuidado al niño con dolor y a su familia. Recordamos que las investigaciones científicas sobre esta temática orientarán la competencia profesional ante las condiciones y posibilidades de aplicar los resultados para el bienestar del niño con dolor y de su familia.
**Palabras clave:** Salud del Niño; Dolor; Familia

[1] Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.
Endereço para correspondência: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 Bairro Cerqueira César São Paulo-SP - CEP 05403-000 - Telefones: (11) 30667612 - FAX: (11) 3066 7615 E-mail: *rossato@usp.br*

## INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar a dor da criança praticamente não existia até a década de 70. A análise da literatura mostra um avanço nas investigações científicas somente a partir da década de 80, porém os estudos já ressaltavam a importância das enfermeiras em desenvolver uma base sólida de conhecimentos científicos sobre a avaliação, planejamento, intervenção e evolução da dor na criança.[1-12]

Embora já exista avaliação e manejo da dor na criança, esta ainda é submedicada em comparação ao adulto.[12-15] A ausência de pesquisas relacionadas à dor infantil contribuiu sobremaneira na perpetuação das crenças dos profissionais de que a criança não experiencia dor ou de que sua percepção seria menor que a do adulto, além de não possuir capacidade de quantificar fenômenos abstratos, como intensidade dolorosa. Atualmente, alguns pesquisadores apresentam evidências científicas de que ela é capaz de indicar os vários níveis de sofrimento por meio de instrumentos apropriados que avaliam a dor como escalas, diagramas, desenhos.[3,5,9,10]

Conhecer tais instrumentos é extremamente importante para o cuidado da criança que experiência a dor, lembrando que cada instrumento deve ser utilizado de acordo com o estágio de desenvolvimento em que ela se encontra.

A avaliação e a mensuração da dor em recém-nascido consistem, entretanto, no maior obstáculo ao seu tratamento. Acontecem mediante a verificação das respostas fisiológicas, a observação do choro e as respostas comportamentais.[16] Ao considerarmos que as crianças com dificuldades severas de comunicação também necessitam de avaliação e tratamento para a dor, notamos uma dificuldade ainda maior: a carência de investigações que contemplem essa temática.[17]

No que se refere à criança que já apresenta comunicação verbal, pode-se oferecer escalas de faces. Trata-se de uma escala que avalia a intensidade dolorosa da criança, onde a carinha sorridente significa sem dor, e a carinha apresentando choro significa a pior dor. Para as crianças que possuem conhecimento aritmético, podem ser oferecidas escalas numéricas, em que o zero (0) significa sem dor e o dez (10) dor insuportável.[10,11]

Faz-se necessário ressaltar que o profissional de saúde deve conhecer os vários instrumentos de avaliação da dor e saber optar por aquele que considerar mais adequado à sua realidade, além de conhecer, também, as reações que a criança apresenta diante da dor.[18]

As reações fisiológicas da criança relacionadas à dor aguda são rubor cutâneo, palidez, sudorese, aumento da freqüência cardíaca, respiratória, aumento da pressão arterial, midríase. As reações comportamentais apresentadas são agitação, choro, irritabilidade, hostilidade. As reações posturais mostram a criança indicando a localização da dor por meio de sua postura. As reações da criança diante da dor crônica são diferentes das que ocorrem ante a dor aguda, por serem basicamente comportamentais como tristeza, inapetência, desânimo, agressividade, depressão.[10]

O cuidado à criança com dor envolve várias dimensões. O profissional de saúde, além de conhecer as reações da criança aos diferentes tipos de dor e a existência de vários instrumentos de avaliação da dor, deve também saber que pode oferecer uma assistência não farmacológica à criança, constituída pela utilização da aplicação de calor/frio, distração da criança, relaxamento, toque, preparo para procedimentos, comunicação terapêutica, elogio à criança, proporcionando o desenvolvimento de sua força para conviver com a situação.[6]

Vale acrescentar que além dessa assistência, a complementação com medicamentos não pode ser desconsiderada, somando esforços no combate à dor da criança. Essa complementação pode ser feita pela utilização de analgésicos antiinflamatórios não esteróides (AINEs) de ação periférica, como o ácido acetilsalicílico, a dipirona, o ibuprofeno, entre outros; analgésicos opióides de ação central, como a morfina, a codeína, a metadona, por exemplo; os medicamentos adjuvantes como os antidepressivos, a amitriptilina, a imipramina e os neurolépticos como a clorpromazina, o haloperidol, entre outros.[19,20]

A dor e a ansiedade da criança são freqüentemente negligenciadas e subestimadas quando comparadas com a dor do adulto. Um fator que contribui para esse fato é o desconhecimento da farmacologia das drogas no organismo em desenvolvimento, agravado pela ausência de parâmetros que avaliem a intensidade da dor em lactentes, perpetuando conceitos errôneos, ou não comprovados, de que a criança e o recém-nascido sentem menos dor devido ao sistema nervoso ser imaturo.

Outros fatores também contribuem para aumentar a negligência em relação à dor da criança, tais como: o mito de que ela desenvolve dependência física em relação a narcóticos mais rapidamente do que os adultos; a depressão respiratória é freqüente na administração de sedativos a lactentes; a criança não tem memória desenvolvida e, portanto, não registra experiências dolorosas.[6,10]

O conhecimento dos fatores que influenciam a sensibilidade dolorosa na criança é importante para a eficácia de seu cuidado. São os fatores fisiológicos (genéticos, maturidade do sistema nervoso), cognitivos (capacidade de entender e descrever a dor), psicológicos (temperamento, significado da dor) e socioculturais (reação dos pais e cultura). A associação de vários fatores além dos fisiológicos determina a intensidade da dor em pediatria necessitando que o tratamento seja feito de forma multidisciplinar para atender às necessidades físicas e psicológicas da criança.[6]

Para que a avaliação da dor da criança não seja precária, é preciso saber que a sensação da dor, produzida por um estímulo doloroso na criança por meio da localização, qualidade, intensidade, duração, não depende apenas do tecido danificado produzido pelo estímulo, mas de muitos fatores situacionais, culturais, sociais, religiosos, econômicos, emocionais, além da idade, sexo, nível de conhecimento, medo da dor, história previa e aprendizado da dor na família.[6]

É possível que crianças menores não possuam, ainda, uma lista de experiências dolorosas ou capacidade de compreender, conceitualmente, o significado da experiência de determinado evento doloroso que ajuda o adul-

to a enfrentá-lo. No entanto, como já mencionado anteriormente, a criança percebe corretamente a dor, podendo avaliá-la desde que sejam oferecidos instrumentos adequados.[10]

## A FAMÍLIA DA CRIANÇA COM DOR

No contexto do processo de cuidar da criança que experiencia dor, é necessário incluir os membros da família, uma vez que consideramos primordial o profissional de saúde valorizar o envolvimento dos mesmos no cuidado à criança. A família, apesar de buscar ser forte, muitas vezes, reage com ansiedade, medo do que irá acontecer, culpa por ter "permitido", segundo sua concepção, a condição de dor da criança. Outras famílias reagem com um sentimento de frustração ou até mesmo de negação em relação à dor.

À luz desses propósitos, o enfermeiro tem o compromisso de prover assistência de enfermagem de qualidade, devendo ter ou desenvolver alguns requisitos mínimos para cuidar adequadamente da criança com dor e sua família, como: saber reconhecer que a criança sente dor, distinguir suas reações perante a dor, desenvolver um relacionamento de confiança com a criança e sua família, ter disponibilidade para assisti-las durante essas experiências dolorosas e ter empatia.[21]

Além desses requisitos, o enfermeiro deve conhecer a família da criança com dor e para isso é necessário avaliá-la por meio da entrevista, sendo fundamental o processo de cuidar em pediatria.

É essencial colher os dados básicos que permitem conhecer a criança e a família para assim assisti-las a partir de suas necessidades. Nesse sentido, a entrevista é uma das estratégias de avaliação da família e da criança, junto à avaliação física e de desenvolvimento.[22]

A avaliação é um fator importante no cuidado, pois gera dados qualitativos ou descritivos que permitem informações para intervenção em problemas atuais da família. É uma estrutura multidimensional composta por três categorias principais: a avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional.[22,23]

A estrutural é necessária, pois a partir dela explora-se a definição que a família tem de "família" e os princípios que fundamentam sua organização. Nessa avaliação estrutural pode-se observar quem faz parte da família e seu contexto.[23]

A avaliação de desenvolvimento refere-se ao processo de mudança estrutural e à transformação da história familiar; a avaliação funcional refere-se aos detalhes de como os membros da família normalmente se comportam uns em relação aos outros, das características emocionais, além dos aspectos verbais e da comunicação circular entre eles e os aspectos da vida diária.[23]

Outros dois instrumentos (Anexo1) podem ser utilizados para avaliar a família, o primeiro é o genograma representado por um desenho ou diagrama da árvore familiar que agrega informações sobre os membros da família e seus relacionamentos nas últimas três gerações. O segundo é o ecomapa constituído por um diagrama do contato da família com os outros além da família imediata. Representa as conexões importantes entre a família e o supra-sistema (pessoas significativas, instituição, contexto da família) e permite uma "fotografia" das principais relações entre a família e o mundo. Esses instrumentos devem ser preenchidos na entrevista inicial, mas podem ser modificados ou contemplados nas seguintes e os membros da família podem participar ativamente na elaboração.[22,23]

A inclusão de estratégias de encorajamento à família é salutar no sentido de possibilitar a utilização de suas habilidades na resolução de problemas.[22] Dessa forma, é extremamente importante que o enfermeiro auxilie a família da criança a encontrar formas de manejar a dor e que essa atitude passe a fazer parte da rotina dessa família, minimizando seu sofrimento e o da criança.

Ao adaptar-se à situação de dor da criança, a família encontra sua própria forma de manejá-la, alcançando a "normalização", que é um processo que busca acomodar a criança com dor, bem como suas necessidades físicas e emocionais à rotina familiar anterior a essa situação. [24,25]

Essa atitude pode ser compreendida como um dos estilos que a família utiliza para administrar a situação da dor, desenvolvendo estratégias de comportamento nas áreas das atividades da vida diária da criança, sua disciplina e supervisão, bem como o engajamento da família em atividades consideradas essenciais para uma vida considerada "normal".[24]

Nesse sentido, o enfermeiro precisa explorar com a criança e sua família seus próprios papéis, estabelecer o grau de desenvolvimento que os pais desejam ter, bem como a educação e o apoio que requerem para serem capazes de desempenhar sua função.

A equipe de saúde, não só o enfermeiro, desempenha um papel decisivo no cuidado à família da criança com dor, principalmente sabendo ouvi-la, estimulando-a a falar sobre a situação e ajudando-a na busca de soluções para a dor.

A experiência de dor da criança é um evento da família que facilita a aproximação de suas experiências.[26] Estar presente nessas situações é essencial para o profissional ser capaz de reconhecer a família como um fenômeno complexo de demanda e apoio em tempos difíceis.[27]

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família da criança com dor e todos os seus membros são atingidos de maneiras e intensidade diferentes com o advento da dor, o que causa mudanças na organização e funcionamento familiar, havendo uma redistribuição de papéis antigos e acréscimo de novos.

A dor decorrente de uma doença, para a criança e sua família, na maioria das vezes, significa vivenciar momentos de crise com os quais se deparam ao longo do ciclo da vida, principalmente quando a criança precisa ser hospitalizada, enfrentando situações estressantes, como procedimentos dolorosos. A família tem de conciliar seu sofrimento e o da criança.

A vulnerabilidade advinda dessa situação pode ser considerada um dos fatores que influenciam o quanto de estresse sofrerão a criança e a família ao longo desse processo.

A dor pode destruir a autonomia e prejudicar a auto-estima da criança que a vivencia. No entanto, nota-se que a dor da criança vem sendo ignorada pelos profissionais da saúde, como já mencionado anteriormente. Algumas razões que podem reforçar essa atitude são: a dor ser timidamente enfatizada no âmbito acadêmico, acarretando falha na formação profissional; a cristalização das rotinas hospitalares impedindo mudanças e gerando prejuízo ao alívio da dor da criança.

Toda equipe de saúde deve estar envolvida no controle da dor da criança, tendo familiaridade, não apenas com a avaliação da dor, mas também com os fármacos escolhidos para a efetividade da analgesia e para a avaliação de seus efeitos colaterais.

Vale ressaltar que o enfermeiro é um profissional capacitado para atender crianças com dor e assistir sua família, é treinado e tem competência técnico-científica para uma assistência de qualidade, mas, sobretudo, é capaz de perceber mudanças significativas atuando com intuição e sensibilidade.

A dor em pediatria constitui ainda um grande desafio, mas a busca de conhecimentos e o desenvolvimento de investigações científicas nessa área são instrumentos valiosos para a identificação e o controle efetivo da dor, considerada atualmente, como o 5° sinal vital.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Hester NO. The pre-operational child's reaction to immunization. Nurs.Res 1979; 28: 250-4.

2. Eland JM. Minimizing pain associated with prekindergarten intra-muscular infections. Comprehen Pediatr Nurs 1981; 5: 361-72.

3. Abu-Saad H. Assessing children's responses to pain. Pain 1984; 19:163-71.

4. Wong DL, Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. Pediatr Nurs 1988; 14(1): 9-17.

5. McGrath PJ, Graig KD. Fatores psicológicos e do Desenvolvimento na dor das crianças. Clin Pediatr Am Norte 1989; 36: 865-81.

6. McGrath PA. Pain in children-Nature assessment and treatment. New York, London: Guilford Press; 1990.

7. Mackey D, Jordan-Marsh M. Innovative assessment of children's pain. J Emerg Nurs 1991; 17: 250-1.

8. Claro MT. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem USP; 1993.

9. McGrath PA, Seifert CE, Speechley KN, Booth JC, Stitt L, Gibson MC. A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study. Pain 1996; 64 (3):435-43.

10. Rossato LM. Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimento doloroso [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 1997.

11. Wong DL. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

12. Salanterä S. Finnish nurses' attitudes to pain in children. J Adv Nurs 2001; 29(3):727-36.

13. Christoffel MM, Santos RS. A dor no recém-nascido e na criança. Rev Bras Enf 2001 jan/mar; 54(1):27-33.

14. Setz VG, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Harada MJCS, Pereira SR. Avaliação e intervenção para o alívio da dor na criança hospitalizada. Acta Paul Enf 2001 maio/ago; 14(2):55-65.

15. Rush SL, Harr J. Evidence-based pediatric nursing: does it have to hurt? AACN Clin Issues 2001; 12 (4):597-605; 630-2.

16. Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. J Pediatr (Rio de Janeiro) 1999; 75 (3): 149-60.

17. Solodiuk J, Curley MAQ. Pain Assessment in nonverbal children with severe cognitive impairments: the individualized numeric rating scale (INRS). J Pediatr Nurs 2003; 18(4):295-9.

18. Merkel S, Malviya S. Pediatric pain, tools, and assessment. J PeriAnesth Nurs 2000 Dec.; 15(6): 408-14.

19. Posso IP. Analgésicos opióides e antiinflamatórios. In: Oliveira S, organizador. Master Dor. São Paulo: Limay; 1998. v.2.

20. Schechter NL. O controle da dor. A Dor na Infância. An Nestlé 2000; 59:23-31.

21. Damião EBC, Rossato-Abéde LM. Interação com a família da criança cronicamente doente. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo, Fundação Telefônica. Manual de enfermagem. São Paulo: Ministério da Saúde; 2001. p.113-8.

22. Bousso RS, Angelo M. A Enfermagem e o cuidado na saúde da família. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo, Fundação Telefônica. Manual de enfermagem. São Paulo: Ministério da Saúde; 2001. p.106-8.

23. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3a. ed. São Paulo: Roca; 2002.

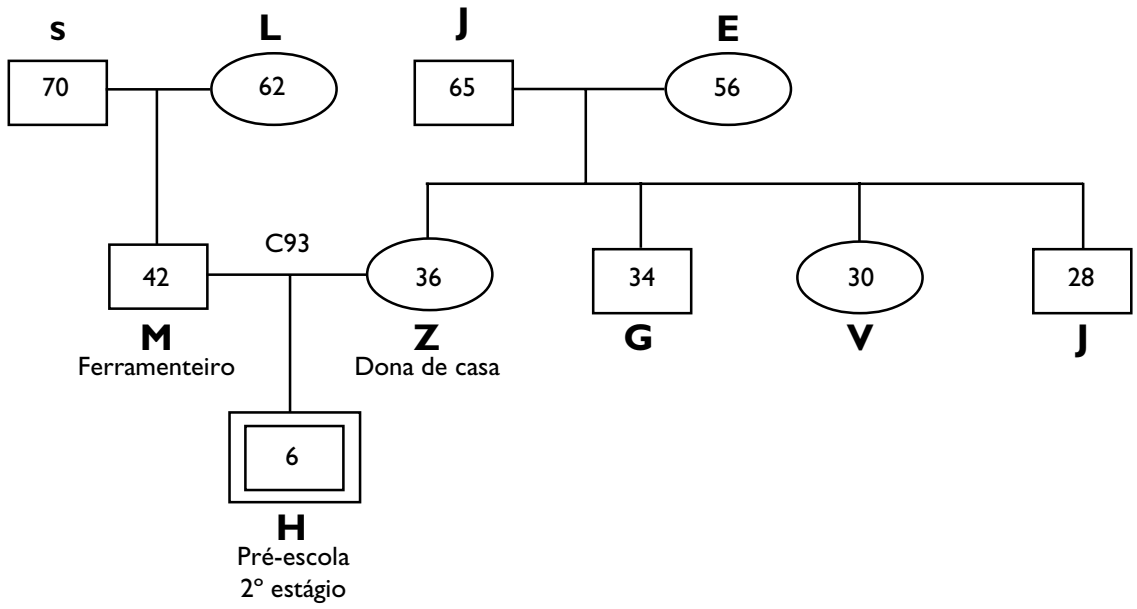
24. Deatrick JA, Knafl KA, Murphy-Moore C. Clarifying the concept of normalization. Image J Nurs Sch. 1999;31(3):209-14

25. Rossato LM. Cuidando para a criança crescer apesar da dor: o cotidiano da família da criança com artrite reumatóide juvenil [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.

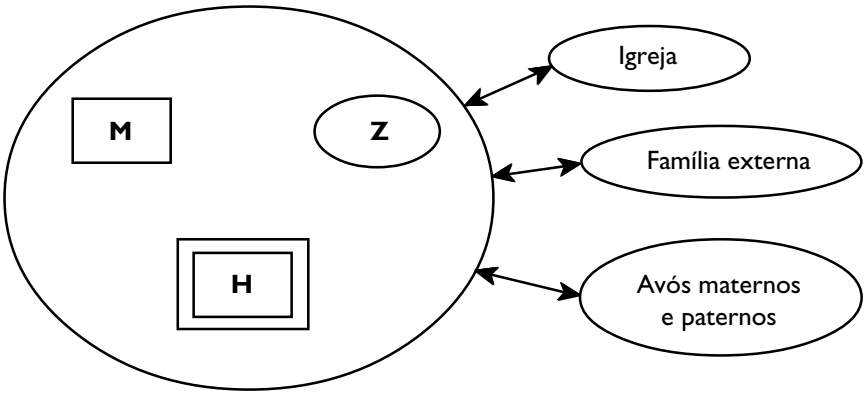
26. Angelo M. A família da criança com dor. São Paulo; 1999. (Mimeografado).

27. Angelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem [tese Livre Docencia]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1997.

**ANEXO I**
**GENOGRAMA DA FAMÍLIA**




**ECOMAPA DA FAMÍLIA NUCLEAR**



## ÍNDICE DE RELATORES/2004

1. Adelaide de Mattia Rocha
2. Adriana Cristina de Oliveira
3. Aidê Ferreira Ferraz
4. Alda Martins Gonçalves
5. Amélia Fumiko Kimura
6. Anézia Moreira Faria Madeira
7. Cibele Pimenta
8. Clarice Marcolino
9. Cristina Maria Loyola Miranda
10. Daclê Vilma Carvalho
11. Débora Carvalho Malta
12. Edna Maria Resende
13. Emiko Yoshikawa Egry
14. Estelina Souto do Nascimento
15. Flávia Regina Souza Ramos
16. Francisco Carlos Félix Lana
17. Lélia Maria Madeira
18. Lindalva Carvalho Armond
19. Luiza Akiko Komura Hoga
20. Maguida Costa Stefanelli
21. Maria Édila de Abreu Freitas
22. Maria Flávia C. Gazzinelli
23. Maria Imaculada de Fátima Freitas
24. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
25. Marília Alves
26. Matilde Meire Miranda Cadete
27. Paula Cambraia Matos Vianna
28. Rita de Cássia Marques
29. Rosângela Maria Greco
30. Roseni Rosângela de Sena
31. Sônia Maria Soares
32. Tânia Couto Machado Chianca

## ÍNDICE DE AUTORES DE 2004


| | | | |
|---|---|---|---|
| Adelaide De Mattia Rocha | 330 | Fernanda Moura Lanza | 295 |
| Adriana Cristina De Oliveira | 191, 409 | Flávio César Rodrigues | 475 |
| Aidê Fereira Ferraz | 181 | Francisco Carlos Félix Lana | 295 |
| Alcione Bastos Rodrigues | 330 | Geralda Fortina Dos Santos | 475 |
| Alexandra Freire Vilela | 382 | Geraldo Mota De Carvalho | 449 |
| Amanda Martins Bastos | 495 | Gilberto Kac | 364 |
| Améli Fumiko Kimura | 398 | Girlene Alves Da Silva | 321 |
| Anézia Moreira Faria Madeira | 442 | Gisely Abrantes Chalub Menezes | 337 |
| Anne Rodrigues G.Dos Santos | 326 | Graziela Di Folco | 449 |
| Annette Souz Silva Martins Da Costa | 374 | Gustavo Velásquez-Meléndez | 364 |
| Antônio Dos Santos Andrade | 171 | Helisamara Mota Guedes | 321 |
| Antônio Sousa Santos | 470 | Heloisa Campos Paschoalin | 321 |
| Arthur Velloso Antunes | 301 | Hozana Reis Passos | 201 |
| Bernadete Esperança Monteira | 201 | Ivone Maria Martins Salomon | 349 |
| Bruna Adriana G. De Lima | 409 | Jaqueline Kalmus | 307 |
| Carla Aparecida Sagnol | 229, 241, 326 | Joana Célia M. Nascimento | 326 |
| Carolina Alves Garcia | 191 | Juan Pineda Olvera | 208 |
| Cintia Esteves Soares | 445 | Juliana Carvalho Araújo Leite | 176 |
| Cláudia Maria De Mattos Penna | 429, 455 | Juliana Lauton Soares | 191 |
| Claudia Maria Melo Franco Silva | 326 | Kátia Poles | 388 |
| Daclé Vilma Carvalho | 196, 290 | Kênia Lara Silva | 176, 241 |
| Daniela Angelo De Lima | 388 | Leila Memória Paiva Moraes | 483 |
| Deborah Carvalho Malta | 259 | Lélia Maria Madeira | 216, 490 |
| Edilson Ornelas Oliveira | 364 | Lisabelle Mariana Rossato | 501 |
| Elenice Dias Ribeiro De Paula Lima | 290 | Liza Akiko Komura Hoga | 369 |
| Eliana Aparecida Villa | 201 | Lourdes Marci Reinert De Barros | 449 |
| Eline Lima Borges | 208 | Lúcia De Fátima Rodrigues Moreira | 235 |
| Elisabeth Soares Figueiredo | 326 | Luciana Da Silva Ferreira | 235 |
| Elizabeth Teixeira | 495 | Luciana Spinato De Biasil | 429 |
| Ellen Midori Ribeiro Dos Santos | 382 | Lucille Dósvaldo | 191 |
| Elysângela Dittz Duarte | 436, 490 | Luiza Akiko Komura Hoga | 268 |
| Emerson Elias Merthy | 259 | Madalena Gonçalves De Andrade Vieira | 301 |
| Emiko Yoshikawa Egry | 464 | Marcela Silverio Franco | 295 |
| Érika De Azevedo Leitão | 196 | Márcia Aparecida Vieira De Almeida | 470 |
| Erika Dittz | 490 | Márcia Giannette Rocha Figueiredo | 246 |
| Ernesto Silvio Rossi Junior | 307 | Marco Antônio Cabezas Andrade | 191 |
| Estelin Souto Do Nascimetno | 358 | Maria Amélia De Campos Oliveira | 464 |
| Evaldo Pinheiro Amaral | 295 | Maria Aparecida De Araújo | 358 |
| Fabiola Carvalho De Almeida Lima | 290 | Maria Bárbara Alves Dos Santos | 326 |

Maria Cristina Silva 330
Maria Do Rosário Dias De Oliveira Latorre 191
Maria Édila Abreu Freitas 241.283
Maria Helena Larcher Caliri 316
Maria Isabel Ruiz Baretta 171
Maria José Menezes Brito 455
Maria Júlia Barbosa De Moraes 464
Marilda Carvalho De Sene Cardoso 316
Marília Alves 246, 455
Marisa Gonçalves Brito Menezes 246
Miguir Teresinha V. Donoso 326
Miriam Aparecida Barbosa Merighi 398, 449
Mônica Chaves 246
Mônica Ribeiro Canhestro 326
Natália Da Cásia Horta 382
Neide De Souza Praça 388
Paula Cambraia De Mendonça 223, 275, 374
Paulo David Scatena 191
Pola Hasmann Paparelli 307
Priscila Alencastro De Souz 364
Rebeca Dos Santos Duarte Rosa 337
Regina Lúcia Herculano Faustino 464
Regina Szylit Bousso 388
Renata Antonáccio 321
Renata Paparelli 307
Rosana Maria Resgalla 283
Rosana Passos Cambraia Beinner 470
Roseni Rosângela De Sena 176
Ruth Bernada Rieros Jeneral 268
Salete Maria De Fátima Siqueira 364
Sandra Houssen 246
Sandra Regina Da Costa Soar 208
Selisvane Ribeiro Da Fonseca Domingos 442
Serafim Barbosa Santos Filho 402
Shirley Aviz De Miranda 495
Silvia Madeira Lima 475
Solange Cervinho Bicalho Godoy 382
Sônia Barros 223, 283, 374
Sônia Maria Soares 349
Soraia Matilde Marques 181
Soraia Menezes Gontijo 382
Suelly Itsuko Ciosak 191
Tânia Couto Macahdo Chianca 201, 235
Tânia Maria Picardi Faria Costa 290
Tatiana De Abreu 455
Valda Da Penha Caldeira 358
Vanderlei José Hass 316
Vânia Maria Freitas Bara 321
Verônica Resende Ferreira 216
Violante Augusta Batista Braga 483

# Normas de Publicação

**1 -** A REME - Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais, com periodicidade trimestral, tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo as temáticas ensino, pesquisa e assistência.

**2 -** A REME tem a seguinte estrutura: Editorial; Artigos Originais, Resumos de Teses e Dissertações, Relatos de Experiência, Atualização e Revisão; Notas e Informações (atualização em enfermagem e em áreas afins, notas de trabalhos de investigação, resenhas e notícias diversas); Normas de publicação

**3 -** Os trabalhos recebidos serão analisados pelo Corpo Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos.

**4 -** Os trabalhos devem ser encaminhados em disquete, programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, letra "Times New Roman", tamanho 12, digitados em espaço duplo, em duas vias, impressas em papel padrão ISO A4 (212x 297mm), com margens de 25mm, padrão carta ou a laser, limitando-se a 20 laudas, incluindo título, texto, agradecimentos, referências, tabelas, legendas e ilustrações. Devem vir acompanhadas de ofício de encaminhamento contendo nome dos autores, endereço para correspondência, e-mail, telefone e fax, e serem endereçados à REME.

**5 -** A primeira página deverá conter o título do trabalho; nomes dos autores, com o grau acadêmico mais alto e instituição; endereço para correspondência e entidades financiadoras (alocadas em nota de rodapé); resumos e palavras-chave, o título, resumo e palavras-chave devem ser em português, inglês e espanhol. As versões do resumo em inglês e espanhol deverão vir no final do trabalho, antes das referências bibliográficas. O resumo deve conter, no máximo, 100 palavras.

**6 -** Os desenhos e gráficos devem ser apresentados em, papel vegetal, fotografias e/ou "slides" em branco e preto numerados, indicando o local a ser inserido no texto; abreviaturas, grandezas, símbolos, unidades e referências bibliográficas devem observar as Normas Internacionais de Publicação.

**7-** Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas, Médicas. Estas normas poderão ser encontradas na íntegra nas seguintes publicações: International Committé of Medical Journal. Editors, Uniforms requeriments for manuscripts submitted to biomedical joumals; Can. Assoc. J. 1995; 152(9):1459-65 e em espanhol, no Bol. Of Sanit. Panam. 19899, 107 (5).422-31.

**8 -** Todo trabalho deverá ter a seguinte estrutura e ordem:

- título (com tradução para inglês e espanhol);
- nome completo do autor (ou autores), acompanhado(s) de sua profissão e de seu(s) respectivos(s) título(s);
- resumo do trabalho em português, sem exceder um limite de 100 palavras;
- Palavras-chave (três a dez), de acordo com a lista Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus;
- texto: introdução, material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários
- conclusões;
- Resumo em língua inglesa (Summary) e espanhola (Resumen), consistindo na correta versão do resumo para aquelas línguas;
- Key words/ Palabras-clave (palavras-chave em lingua inglesa e espanhola) de acordo com a lista Medical Subject Headings I (MeSH) do Index Medicus; descritores da BIREME: www.bireme.br
- Agradecimentos (opcional);
- Referências bibliográficas como especificado no item 10;
- Endereço do autor para correspondências;

**9 -** As ilustrações devem ser colocadas imediatamente após a referência a elas. Dentro de cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (Tab. 1, Fig. 1, Gráf 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraida. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (Tab. 1). As fotografias deverão ser em preto e branco, apresentadas em envelope à parte, serem nítidas e de bom contraste, feitas em papel brilhante e trazer no verso: nome do autor, título do artigo e número com que irão figurar no texto.

**10 -** As referências bibliográficas são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto. São apresentadas de acordo com as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, citado no item 5. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação "List of Journals Indexed in Index Medicus", que publica anualmente como parte do número de janeiro, em separata. As referências no texto devem ser

citadas mediante número arábico, correspondendo às referências no final do artigo. Nas referências bibliográficas, citar como abaixo:

**10.1** PERIÓDICOS

**a)** Artigo padrão de revista. Incluir o nome de todos os autores, quando são seis ou menos. Se são sete ou mais, anotar os três primeiros, seguidos de et al.

Nascimento ES Compreendendo o cotidiano em saúde. Enf Rev 1995;2(4):31-8.

**b)** Autor corporativo:

The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure os syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post hepatitis marrow aplasia. Lancet 1977;2:242-4.

**c)** Sem autoria (entrar pelo título):

Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). Br Med J 1981;283:628-9.

**d)** Suplemento de revista:

Mastri AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. Ann Intern Med 1980; 92 (2pte 2): 316-8.

Frumin AM, Nussabaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of esplenic activity by bone marrow sean (resumen). Blood 1979; 54(supl. 1): 26ª.

**10.2** LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

**a)** Autor(es) – pessoa física:

Resende ALM, Santos GF, Caldeira VP, Magalhães ZR. Ritos de morte na lembrança de velhos. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996:156.

**b)** Editor, compilador, coordenador como autor:

Griffth-Kenney JW, Christensen PJ, eds. Nuring process: application of theories, frameworks and models. A multifocal approach to individuals, families and communities. St. Louis: Mosby; 1986:429.

**10.2.1-** Capítulo de livro:

Chompré RR, Lange I, Monterrosa E. Political challenges for nursing in Latin America. The next century. In: Fagin CM, ed. Nursing leandership global strategies: International Nursing Development of the 21St. Century. New York: National League for Nursing; 1990:221-28.

**10.2.2-** Trabalhos apresentados em congressos, seminários, reuniões etc.:

Cunha MHF, Jesus MCP, Peixoto MRB. A hermenêutica e as pesquisas qualitativas em Enfermagem. Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 1996,460. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem; 1996.

**10.2.3**- Monografia que forma parte de uma série:

Bailey KD. Typoligies and taxonomies: an introduction to classification techniques. In: Lewis-Beck MS, ed. Quantitative application in the Social Sciences. Thousand-Oaks: Sage publications; 1994: 7-102.

**10.2.4-** Publicação de um organismo:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 196, de 24 de junho de 1983. Brasília; 1983:5.

**10.3** TESES

Chianca TCM. Análise sincrônica e diacrônica de falhas de enfermagem em pós-operatório imediato. (Tese de doutorado). Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997; 151.

**10.4** ARTIGO DE JORNAL

Chompré RR, Lange I. Interes y dificuldades para realizar estudios de maestria y doutorado en enfermería de América Latina: Horizonte de Enfermería, Santiago, 1990; Ano 1:1.

**10.5** ARTIGO DE REVISTA (não científica)

Neves MA et al. Técnicas de limpeza e desinfecção da sala de operação: estudo da eficácia após cirurgia infectada. Ars Cyrandi Hosp 1986; 4:15-23.

**11 -** Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências bibliográficas, após as key-words.

**12 -** As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas em graus Celsius. Os valores de pressão arterial em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo se se tratar de uma unidade de medida comum..

**13 -** Os casos omissos serão resolvidos pelo Corpo Editorial.

**14 -** A publicação não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.

**15 -** Os artigos devem ser enviados para:

**At/REME- Revista Mineira de Enfermagem**
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 421 - CEP: 30130-100 - Belo Horizonte / MG
Tel.: (31) 3248-9876 - E-mail: *reme@enf.ufmg.br*

# Publication Norms

**1** - REME - Revista Mineira de Enfermagem is a publication of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais/UFMG, in partnership with Nursing schools and courses in the State of Minas Gerais, Brazil. The magazine is issued every quarter with the objective of contributing to the production, dissemination and use of the knowledge produced in nursing and other areas, covering issues related to teaching, research and assistance.

**2** - REME has the following structure: an Editorial; original articles, abstracts of theses and dissertations, reports of experience, updates and reviews; notes and information (updates in nursing and similar fields, research reports, abstracts and varied pieces of news); publication norms.

**3** - The papers are analyzed by the editors of REME, who have the right to accept or refuse the papers submitted.

**4** - The articles must be sent on a diskette, in "Word for Windows", version 6.0 or higher, "Times New Roman", size 12, double space, in two copies printed on standard ISO A4 paper (212x 297mm), with margins of 25mm, standard letter or laser, limited to 20 pages, including title, text, acknowledgements, bibliography, tables, legends and illustrations. They must be addressed to REME with a cover letter containing the name of the authors, mailing address, e-mail address, telephone and fax numbers.

**5** - The first page should contain the title of the paper; names of the authors, with their highest academic qualification and institution; address for correspondence and financing agencies (in a footnote); abstract and key-words; the title, abstract and key-words should be in Portuguese, English and Spanish. The English and Spanish abstracts should come at the end of the paper, before the bibliography. The abstract should be no longer than 100 words.

**6** - The drawings and graphs should be presented on tracing paper; photographs and/or slides numbered and in black and White, indicating the place for insertion in the text; abbreviations, symbols, units and bibliography should follow international norms of publication.

**7** - For the purposes of normalization, we adopt the requirements of the International Committee of Medical Journal Editors. These norms can be found in full in the following publications: International Committee of Medical Journal. Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical joumals; Can. Assoc. J. 1995; 152(9):1459-65 and in Spanish, in the Bol. Of Sanit. Panam. 19899, 107 (5).422-31.

**8** - All papers should have the following structure and order:
- title (with translations into Portuguese and Spanish);
- Complete name of author (authors), followed by their profession and respective qualifications;
- Abstract in Portuguese, no longer than 100 words;
- Key-words (three to tem), according to the Medical Subject Headings (MeSH) of the Index Medicus;
- text: introduction, material and method or description of methodology, results, discussion and/or comments and conclusions;
- Summary in English (Abstract) and Spanish (Resumen), with the correct version for those languages;
- Key words/ Palabras-clave (English and Spanish) according to the Medical Subject Headings I (MeSH) of the Index Medicus; descriptors of BIREME: www.bireme.br;
- Acknowledgements (optional);
- Bibliography, as specified in item 10;
- Author's address for correspondence.

**9** - Illustrations should be placed immediately after references to them in the text. Within each category, they should be numbered in sequence throughout the text. Example: (Tab. 1, Fig. 1, Graph 1). Each illustration should have a title and its source. Headings and legends should be sufficiently clear and comprehensible, without the need to consult the text. References to illustrations in the text should be mentioned between parenthesis, indicating the category and number of the illustration. Ex. (Tab. 1). Photographs should be black and White, coming in a separate envelope. They should be sharp and with good contrast, on glossy paper and, on the back, they must include: author's name, title of the article and number for inclusion in the text.

**10** - The bibliography references will be numbered in sequence, in the order in which they are mentioned in the text. They must follow the norms of the International Committee of Medical Journal Editors mentioned in item 7. The titles of the journals are abbreviated as in the Index Medicus, in the publication "List of Journals Indexed in Index Medicus", issued annually in January, in separate. The text references should be given in Arabic numbers, corresponding to the references at the end of the article. Bibliographical references should be quoted as follows:

**10.1** - JOURNALS

**a)** Standard journal article. Include the name of all the authors, when they are six or fewer. If they are seven or more, quote the fist three, followed by et al.

Nascimento ES Compreendendo o cotidiano em saúde. Enf Rev 1995; 2(4):31-8.

**b)** Corporate authors:
The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post hepatitis marrow aplasia. Lancet 1977;2:242-4.

**c)** No authors (enter by title):
Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). Br Med J 1981;283:628-9.

**d)** Journal supplement:
Mastri AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. Ann Intern Med 1980; 92 (2pte 2): 316-8. Frumin AM, Nussabaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of esplenic activity by bone marrow sean (resumen). Blood 1979; 54 (supl. 1): 26ª.

**10.2** - BOOKS AND OTHER ARTICLES

**a)** Authors – individuals:
Resende ALM, Santos GF, Caldeira VP, Magalhães ZR. Ritos de morte na lembrança de velhos. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996:156.

**b)** Editor, compiler, coordinator as author:
Griffth-Kenney JW, Christensen PJ, eds. Nursing process: application of theories, frameworks and models. A multifocal approach to individuals, families and communities. St. Louis: Mosby; 1986:429.

**10.2.1**- Book chapter:
Chompré RR, Lange I, Monterrosa E. Political challenges for nursing in Latin America. The next century. In: Fagin CM, ed. Nursing leadership global strategies: International Nursing Development of the 21St. Century. New York: National League for Nursing; 1990:221-28.

**10.2.2** - Papers presented at conferences, seminars, meetings, etc.
Cunha MHF, Jesus MCP, Peixoto MRB. A hermenêutica e as pesquisas qualitativas em Enfermagem. Anais do 48° Congresso Brasileiro de Enfermagem. 1996,460. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem; 1996.

**10.2.3** - Articles that are part of a series:
Bailey KD. Typologies and taxonomies: an introduction to classification techniques. In: Lewis-Beck MS, ed. Quantitative application in the Social Sciences. Thousand-Oaks: Sage publications; 1994: 7-102.

**10.2.4** - Publication by an agency:
Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 196, de 24 de junho de 1983. Brasília; 1983:5.

**10.3** - THESES
Chianca TCM. Análise sincrônica e diacrônica de falhas de enfermagem em pós-operatório imediato. (Tese de doutorado). Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997; 151. Chompré RR, Lange I. Interes y dificuldades para realizar estudios de maestria y doutorado en enfermería de América Latina: Horizonte de Enfermería, Santiago, 1990; Ano 1:1.

**10.4** - JOURNAL ARTICLE
Chompré RR, Lange I. Interes y dificuldades para realizar estudios de maestria y doutorado en enfermería de América Latina: Horizonte de Enfermería, Santiago, 1990; Ano 1:1.

**10.5** - JOURNAL ARTICLE (non-scientific)
Neves MA et al. Técnicas de limpeza e desinfecção da sala de operação: estudo da eficácia após cirurgia infectada. Ars Cyrandi Hosp 1986; 4:15-23.

**11** - Acknowledgements should be in a separate paragraph, placed before the bibliography, after the key-words.

**12** - The measurements of length, height, weight and volume should be expressed in metric system units (meter, kilogram, liter) or their multiples and submultiples. Temperatures in degrees Celsius. Blood pressure in milliliters of mercury. Abbreviations and symbols should follow international standards. The first time an abbreviation is used, it should be preceded by the full term or expression, except when it is a common measurement unit.

**13** - Exceptions will be solved by the Editors.

**14** - The journal is not responsible for opinions expressed in the articles.

**15** - Articles should be sent to:

**At/REME- Revista Mineira de Enfermagem**
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 421 - CEP.: 30130-100 Belo Horizonte-MG
Tel.: (55 31) 3248-9876 - E-mail: *reme@enf.ufmg.br*

# Normas de Publicación

**1** - La REME - Revista de Enfermería de Minas Gerais - es una publicación trimestral de la Escuela de Enfermería de la UFMG conjuntamente con escuelas y cursos de graduación en Enfermería de Minas Gerais. Su finalidad es contribuir a la producción, divulgación y utilización del conocimiento en enfermería y áreas correlacionadas, incluyendo también temas de enseñanza, investigación y asistencia.

**2** - La REME tiene la siguiente estructura: editorial, artículos originales, resúmenes de tesis y disertaciones, relatos de experiencias, actualización y revisión; notas e informaciones (actualización en enfermería y en áreas afines, notas de trabajos de investigación, reseñas y otras noticias); normas de publicación.

**3** - Los trabajos recibidos serán analizados por el Cuerpo Editorial de la REME, que se reserva el derecho de aceptarlos para su publicación o rechazarlos.

**4** - Los trabajos deberán enviarse en disquete, programa "Word for Windows", versión 6.0 o superior, letra "Times New Roman", tamaño 12, digitalizados en espacio doble, en dos copias, impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 25mm, modelo carta o a láser, limitándose a 20 carillas incluyendo título, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. Junto con el trabajo deberá enviarse una carta de presentación dirigida a la REME con el nombre de los autores, dirección para correspondencia, dirección electrónica, teléfono y fax.

**5** - La primera página deberá tener el título del trabajo; nombre de los autores con su nivel académico más alto e institución; dirección para correspondencia y entidades de financiación (dispuestas en nota de pié de página); resúmenes y palabras clave; el título, resumen y palabras clave deberán estar en portugués, inglés y español. Los resúmenes en inglés y español deberán constar al final del trabajo, antes de las referencias bibliográficas. El resumen deberá tener, como máximo, 100 palabras.

**6** - Los dibujos y gráficos deberán presentarse en papel vegetal, fotografías y/o diapositivas en blanco y negro numeradas, indicando dónde deberán incluirse en el texto; abreviaturas, tamaños, símbolos, unidades y referencias bibliográficas deberán seguir las Normas Internacionales de Publicación.

**7** - Para efectos de normalización se adoptarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Las normas están publicadas integralmente en el International Committee of Medical Journal. Editors, Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals; Can. Assoc. J. 1995; 152(9):1459-65 y, en español, en el Bol. of Sanit. Panam. 19899, 107 (5).422-31.

**8** - Los trabajos deberán tener la siguiente estructura y orden:

- título (con traducción en inglés y español);
- nombre completo del autor (o autores), con profesión y título;
- resumen del trabajo en portugués, sin exceder el límite de las 100 palabras;
- Palabras clave (entre tres y diez), en conformidad con la lista del Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus;
- texto: introducción, material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comentarios y conclusiones;
- Resumen en inglés (Summary) y español (Resumen), con la traducción correcta del resumen en los dos idiomas;
- Key words/ Palabras clave en inglés y español en conformidad con la lista del Medical Subject Headings I (MeSH) del Index Medicus; descriptores de la BIREME: www.bireme.br;
- Agradecimientos (opcional);
- Referencias bibliográficas como se especifica en el punto 10;
- Dirección del autor para correspondencia;

**9** - Las ilustraciones deberán estar situadas después de su mención en el texto. Dentro de cada categoría deberán enumerarse en secuencia durante el texto. Por ej. (Tab. 1, Fig. 1, Gráf. 1). Cada ilustración deberá llevar un título y la fuente de dónde ha sido retirada. Encabezamientos y textos explicativos deberán estar claros y comprensibles sin necesidad de tener que recurrir al texto. Las referencias a las ilustraciones en el texto deberán mencionarse entre paréntesis, indicando la categoría y el número de la ilustración. Por ej. (Tab. 1). Las fotografías deberán ser en blanco y negro, colocadas en un sobre aparte, nítidas y con buen contraste, de papel brillante y llevar atrás el nombre del autor, título del artículo y número con el cual figurarán en el texto.

**10** - Las referencias bibliográficas deberán enumerarse consecutivamente, siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto. Deberán presentarse en conformidad con las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, citado en el punto 5. Los títulos de las revistas se abrevian de acuerdo con el Index Medicus, en la publicación "List of Journals Indexed in Index Medicus", que publica anualmente como parte del número de enero, en separado. Las referencias en el texto deberán citarse mediante número arábico, correspondiendo a las referencias al final del artículo. En las referencias bibliográficas, citar como a continuación:

**10.1** - PERIÓDICOS

**a)** Artículo estándar de revista. Si son seis o menos de seis incluir el nombre de todos los autores. Si son siete o más anotar los tres primeros y después et al.

Nascimento ES Compreendendo o cotidiano em saúde. Enf Rev 1995;2(4):31-8.

**b)** Autor corporativo:

The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure os syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post hepatitis marrow aplasia. Lancet 1977;2:242-4.

**c)** Sin autor (comenzar por el título):

Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). Br Med J 1981;283:628-9.

**d)** Suplemento de revista:

Mastri AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. Ann Intern Med 1980; 92 (2pte 2): 316-8.

Frumin AM, Nussabaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of esplenic activity by bone marrow sean (resumen). Blood 1979; 54(supl. 1): 26ª.

**10.2** - LIBROS Y OTRAS MONOGRAFÍAS

**a)** Autor(es) – persona física:

Resende ALM, Santos GF, Caldeira VP, Magalhães ZR. Ritos de morte na lembrança de velhos. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996:156.

**b)** Editor, copilador, coordinador como autor:

Griffth-Kenney JW, Christensen PJ, eds. Nuring process: application of theories, frameworks and models. A multifocal approach to individuals, families and communities. St. Louis: Mosby; 1986:429.

**10.2.1** - Capítulo de libro:

Chompré RR, Lange I, Monterrosa E. Political challenges for nursing in Latin America. The next century. In: Fagin CM, ed. Nursing leandership global strategies: International Nursing Development of the 21St. Century. New York: National League for Nursing; 1990:221-28.

**10.2.2** - Trabajos presentados en congresos, seminarios, reuniones etc.:

Cunha MHF, Jesus MCP, Peixoto MRB. A hermenêutica e as pesquisas qualitativas em Enfermagem. Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 1996,460. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem; 1996.

**10.2.3** - Monografía que forma parte de una serie:

Bailey KD. Typoligies and taxonomies: an introduction to classification techniques. In: Lewis-Beck MS, ed. Quantitative application in the Social Sciences. Thousand-Oaks: Sage publications; 1994: 7-102.

**10.2.4** - Publicación de un organismo:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 196, de 24 de junho de 1983. Brasília; 1983:5.

**10.3** - TESIS

Chianca TCM. Análise sincrônica e diacrônica de falhas de enfermagem em pós-operatório imediato. (Tese de doutorado). Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997; 151.

**10.4** - ARTÍCULO DE PERIÓDICO

Chompré RR, Lange I. Interes y dificuldades para realizar estudios de maestría y doctorado en enfermería de América Latina: Horizonte de Enfermería, Santiago, 1990; Año 1:1.

**10.5** - ARTÍCULO DE REVISTA (no científica)

Neves MA et al. Técnicas de limpeza e desinfecção da sala de operação: estudo da eficácia após cirurgia infectada. Ars Cyrandi Hosp 1986; 4:15-23.

**11** - Los agradecimientos deberán hacerse en un párrafo aparte, antes de las referencias bibliográficas y después de las palabras clave.

**12** - Las medidas de longitud, altura, peso y volumen deberán expresarse en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilo, litro) o sus múltiplos y submúltiplos. Las temperaturas en grados Celsius. Los valores de presión arterial en milímetros de mercurio. Abreviaturas y símbolos deberán seguir las normas internacionales. Al emplear por primera vez una abreviatura, ésta debe estar precedida del término o expresión completos, salvo si se trata de una unidad de medida común.

**13** - El Cuerpo Editorial resolverá los casos omisos.

**14** - La publicación no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

**15** - Los artículos deberán enviarse a:

**At/REME- Revista Mineira de Enfermagem**
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 421 - CEP.: 30130-100 - Belo Horizonte-MG
Tel.: (31) 3248-9876 - E-mail: *reme@enf.ufmg.br*

# REME

**Revista Mineira de Enfermagem**

**Nursing Journal of Minas Gerais**

**Revista de Enfermeríade Minas Gerais**

**Assinatura 2005 (4 exemplares)**
**Valor R$ 80,00**

**Nome:** _____

**Endereço:** _____

**Bairro:** _____ **CEP:** _____

**Cidade:** _____ **Estado:** _____

**Telefone:** _____ **Fax:** _____

**Profissão:** _____ **Especialidade:** _____

**E-mail:** _____

## ASSINALE A FORMA DE PAGAMENTO

☐ Depósito bancário

☐ Cheque nominal à REME
(Revista Mineira de Enfermagem/FUNDEP)

**DADOS BANCÁRIOS**
Banco do Brasil
Agência: 1615-2
Conta: 480109-1
Código Identificador: 4828011
Enviar o comprovante para o fax: 31 3248 9830

_____ Assinatura

_____ Data

**REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM**
**Universidade Federal de Minas Gerais - Escola de Enfermagem**
Av. Alfredo Balena, 190 - sala 421 - Belo Horizonte - MG - Brasil - CEP: 30130-100
Tel.: (31) 3248 9876 Fax.: (31) 3248 9830
E-mail: *reme@enfermagem.ufmg.br*

**Realizadores:**
Escola de Enfermagem da UFMG
Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas
Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí
Fundação de Ensino Superior de Passos
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais
Fundação Educacional de Divinópolis
Universidade Estadual de Montes Claros
Faculdades Federais Integradas de Diamantina

**REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM (REME)**
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - ESCOLA DE ENFERMAGEM**
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 421 - CEP: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil